FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 | **THÈSE** | N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1er Avril 1903, à 1 heure

Par UTEAU

Né à Saint-Bazeille (Lot-et-Garonne), le 29 Juin 1877

DE L'ANURIE

AU COURS

DES NÉOPLASMES PELVIENS

Président : M. TERRIER, *Professeur.*

Juges : MM. TILLAUX, *Professeur.*

BROCA, Aug., | *Agrégés.*
GOSSET, |

PARIS

G STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1903

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		BOUCHARD.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		CHANTEMESSE
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	THIERY.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
BROCA (André).	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatomiques.*	
DESGREZ.	LEGRY.	TEISSIER.	
DUPRE.	LEGUEU.		

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TERRIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

M. le Professeur ARNOZAN.
MM. les Docteurs R. SAINT-PHILIPPE, DUBOURG et BAUDRIMONT.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

MM. les Professeurs LANDOUZY, GUYON, TERRIER, PINARD.
MM. les Professeurs agrégés GOSSET et ALBARRAN.
MM. les Docteurs MUSELIER, DUFOUR et L. BERNARD.

A mes Maîtres dans les laboratoires d'Anatomie

M. le Professeur BANNIEU.
MM. les Professeurs agrégés RIEFFEL et CUNÉO.

A mon Ami le Docteur P. DUVAL

ANCIEN INTERNE, MÉDAILLE D'OR DES HÔPITAUX

PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A la mémoire de mon Père dont la vie toute de bonté et de loyauté reste pour moi le plus cher idéal et le meilleur exemple, à ma Mère et à ma Sœur : à la Compagne de ma vie, dont l'inaltérable affection m'a été tant de fois un si précieux soutien, et à sa famille, qui est autant la mienne aujourd'hui, je dédie ce modeste travail comme l'expression de ma plus vive reconnaissance.

Dans mes aspirations vers l'avenir, dans les hésitations de mes pensées, mon beau-frère le Dr Sigalas, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, a bien des fois tranformé mes rêves en projets, dissipé la brume du lendemain, modelé la forme de mes résolutions avec une sagesse qu'égale seule ma fraternelle affection à son égard et dont je suis heureux de lui donner ici l'assurance.

Cette même affection je veux la témoigner aussi à mon vrai frère puisque l'ami est un parent que l'on choisit, le Dr Henry de Gauléjac, compagnon de ma jeunesse, tant de fois mon confident et mon guide pour lequel mon amitié est un culte et mon attachement grandit sans cesse incomparable, indestructible.

Dans un même sentiment de reconnaissance, je veux encore unir les Docteurs Belot et de Nazaris dont les noms me sont bien chers et bien doux à rappeler.

Et maintenant à vous tous qui constituez la grande figure de l'Humanité souffrante, seul objectif de notre art et de nos travaux, puissè-je par mes modestes connaissances soulager une de vos douleurs, adoucir une de vos misères, mes plus ardentes ambitions seraient alors pleinement couronnées.

INTRODUCTION

Nous avons en vue dans ce travail, non point l'étude des complications rénales ou urétéro-rénales, de la rétention d'urine ou des accidents urémiques au cours des néoplasmes pelviens, mais exclusivement l'étude des cas où la fonction urinaire s'est trouvée totalement suspendue, de l'anurie proprement dite.

Les lésions urétéro-rénales sont une des complications les plus fréquentes des néoplasmes viscéraux pelviens.

La situation topographique des uretères qui longent successivement les trois organes principaux du bassin, rectum, utérus, vessie, explique *à priori* cette fréquence. Dans la propagation pelvienne extra-viscérale des néoplasmes, l'uretère est englobé, comprimé, envahi, le cours de l'urine est troublé, la conséquence immédiate en est des lésions de rétention aseptique ou septique dans les voies urinaires supérieures.

De ces complications urinaires, l'anurie est la plus importante. Outre qu'elle apparaît comme la fin fréquente des cancers de l'utérus, elle constitue parfois le premier symptôme de la néoplasie et cause brusquement la mort alors que de longs mois de survie eussent été encore compatibles avec la marche du néoplasme. L'art chirur-

gical avec ses progrès récents, possède à l'heure actuelle des ressources contre cet arrêt de l'excrétion urinaire.

Il nous a paru intéressant de rechercher les causes encore peu connues de ces anuries dans les tumeurs pelviennes, et d'en déduire logiquement le traitement rationnel.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'anurie se présente au cours des néoplasmes de l'utérus, de la vessie, du rectum, de la prostate, de l'aponévrose de Denonvilliers.

Dans la statistique globale, l'utérus vient en tête avec une grosse majorité, puis la vessie, aussi n'est-il pas étonnant que ce soit à propos de ces deux organes que cette complication ait été étudiée.

Jean-Louis Petit, en 1760, signale au point de vue anatomique, sinon clinique, la rétention rénale dans le cancer de l'utérus.

Joseph Lieutaud, en 1767, rapporte une observation. Giuseppe Nessi donne les symptômes cliniques de cette complication.

Dauce, en 1829, reprend cette question tombée dans l'oubli, et donne trois observations de rétention de ce fluide éminemment excrémentitiel. Mais, la première description détaillée est due à Aran (1), en 1860, et dans ce travail, on retrouve les merveilleuses qualités d'observation du médecin de Saint-Antoine. Aran posa le premier, semble-t-il, le diagnostic d'anurie comateuse chez une femme atteinte de cancer de l'utérus. Il donne des observations anatomiques de premier ordre.

(1) Aran. *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 425-29.

Gauchet (1), publie deux observations dues à Aran, il rappelle que West avait signalé 5 fois la mort par anurie dans le cancer utérin, puis Tournié (2), publie un nouveau cas.

Fournier (3), dans sa thèse d'agrégation, rapporte deux cas d'oblitération des uretères. Puis, ce sont les observations de Lionville (4), Vannebroucq, Chaumont (5), Boudin (6), Féré et Caron (7).

L'année 1889 voit apparaître la première tentative de traitement chirurgical. M. le professeur Le Dentu, le 6 janvier 1889, fait un abouchement de l'uretère à la peau. Et les noms qu'il faut inscrire à sa suite sont ceux de Jaboulay, Legueu, Picqué, Jayle et Labbé, Desfosses, Chavannaz, Nanu, Poncet, Pasteau, Albarran et Pierre Duval en 1899, dans le service de M. le professeur Guyon.

Les tumeurs de la vessie donnent aussi lieu à des recherches. Les complications rénales sont signalées par M. Guyon, et ses élèves publient des observations confirmatives. Albarran..., Bazy... ; à l'étranger Fenwick, en 1889, dans le cancer de la prostate, l'anurie semble lésion plus rare.

Citons les cas de Favell et Jackson en 1885, de E. P. Farlow, signalé dans le *Boston medical and surgical Journal* de 1889 enfin de Hearshome et Tyson dans les *Proceedings of the Pathological Society of Philadelphia*, 1860-70.

(1) Gauchet. *Union médicale*, 1859.
(2) Tournié. *Union médicale*, 1860.
(3) Fournier. Thèse d'agrégation, 1863.
(4) Lionville. *Société anatomique de Paris*, 1873, p. 56.
(5) Chaumont. Thèse Paris, 1874.
(6) Boudin. Thèse Paris, 1876.
(7) Féré et Caron. *Progrès médical*, 1883.

Dans le cancer du rectum nous ne trouvons que de très rares cas. Aussi bien les lésions urétérales sont-elles plus rares que dans les autres néoplasies pelviennes. Schœning (1) cite le cas d'une jeune fille morte d'accidents convulsifs avec anurie au cours d'un cancer du rectum. Linte-Böhm signalent cette complication sans apporter de nouveaux faits.

Nous apportons enfin une observation unique, croyons-nous, d'anurie causée par une tumeur probablement de l'aponévrose de Denonvilliers et ayant nécessité une néphrotomie bilatérale à quelques mois d'intervalle.

---

(1) *Deutsche Zeitsch.* 1885 cité par Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. II, G. Steinheil, éd.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique et pathogénie.

Les statistiques publiées sur la fréquence des lésions urétéro-rénales dans le cancer de l'utérus montrent une fréquence presqu'insoupçonnée.

Féré et Caron (à La Salpêtrière), sur 51 cancers de l'utérus notent 21 fois la dilatation bilatérale des uretères 19 fois l'unilatérale.

Charcot disait que la moitié des malades présentant un cancer de l'utérus mouraient d'anurie. Les statistiques publiées sont les suivantes :

Sœxinger : 62 cancers utérus ; 28 cas de compression urétérale.

Ebstein : 49 cancers ; 39 cas de mort par uréniolente ; 3 par anurie.

Lancereaux : 23 cancers ; 18 urémies.

Gusserow : 318 cancers ; 128 propagations aux uretères.

Mlle Warchawskaïa dans sa thèse : 26 cancers ; 24 urémies.

Léopold prétend même que les lésions urétéro-rénales sont constantes, plus ou moins prononcées.

Pour le cancer de la vessie, la fréquence est moins grande. En reprenant les observations de la thèse de Pasteau, les chiffres obtenus sont : lésions de rétentions rénales au cours de tumeurs vésicales, 38 % des cas.

Dans l'étude anatomo-pathologique nous constatons d'une part des lésions du parenchyme rénal de la néphrite atrophique et de l'autre une oblitération plus ou moins complète des uretères.

Si nous nous reportons à l'examen histologique des reins dans le cancer utérin, nous voyons les constatations suivantes :

D'après Lancereaux, la néphrite passe par plusieurs phases ; après une période de néphrite diffuse, la substance du rein subit un retrait et l'organe tout entier, partout altéré d'une façon semblable, s'indure et diminue de volume. Les épithéliums subissent une altération granulo-graisseuse ou colloïde qui peut aller jusqu'à la destruction complète. Les glomérules sont étouffés par le tissu inflammatoire, les vaisseaux se rétrécissent en même temps que leur parois s'épaississent » (1).

D'après Lancereaux, l'atrophie des épithéliums est donc secondaire à la néphrite diffuse primitive.

Cornil et Brault, au contraire, pensent que l'atrophie épithéliale est le premier phénomène sous l'action mécanique de la rétention, l'inflammation ne fait que lui succéder.

L'atrophie siège sur tous les épithéliums, tubes collecteurs, tubes droits, tubes contournés. Le mécanisme en est la pression exagérée par la rétention de l'urine dans les voies excrétrices, elle applique les cellules épithéliales contre les parois externes des tubes, et les cellules subissent cette compression sans réaction aucune, elles s'atrophient purement.

L'atrophie du rein est encore accentuée par une pro-

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article « Rein ».

lifération diffuse du tissu conjonctif, une sclérose diffuse.

Artaud dit que les épithéliums sont en outre atteints de dégénérescence granulo-graisseuse ; il note une infiltration de la trame conjonctive dès le début, et une hypertrophie glomérulaire.

On voit du reste combien ces résultats de la compression de l'uretère par un cancer de l'utérus concordent avec ceux obtenus dans la ligature expérimentale de l'uretère.

(Strauss et Germont, Guyon, Albarran). Les altérations histologiques expliquent la possibilité d'une anurie rénale, l'atrophie épithéliale supprimerait la fonction.

Passons à la seconde classe de lésions.

Aussi bien l'oblitération urétérale n'est-elle jamais bilatérale et complète, et dans l'interprétation pathogénique de l'anurie devrons-nous faire intervenir comme dans la calculose un nouvel élément, le système nerveux.

Comment se produit l'oblitération uretérale ?

Voici le point important qu'il nous faut traiter.

Tout d'abord il est un fait que M. Guyon n'a cessé de mettre en lumière : l'uretère en règle générale n'est pas envahi lui-même par le néoplasme, il n'est que comprimé de dehors en dedans par la propagation de la tumeur. Ceci est vrai aussi bien pour la vessie que pour l'utérus, et que pour le rectum.

La propagation directe d'une tumeur à l'uretère est exceptionnellement rare. Albarran ne l'a observé qu'une fois. Fenwick parle d'un cancer vésical qui se serait propagé à la musculeuse uretérale et il cite une pièce analogue du Westminster Museum, n° 486.

Mais rien ne prouve, comme Albarran le dit, que le cancer ait envahi proprement l'uretère dans ces cas.

Böhne avance le même fait pour un cancer du rectum mais sans preuve histologique. Seul le cas de Rabé est concluant. Envahissement pariétal néoplasique de l'uretère mais sans aucune rétention rénale. Laboisne, dans sa thèse, écrit que dans le cancer de l'utérus l'uretère est fréquemment envahi, il n'en donne aucune preuve, aucune démonstration histologique. Le fait doit donc être tenu pour rare, presque exceptionnel. Le mécanisme de la compression uretérale anurique est toujours la compression de dehors en dedans, mais celle-ci est variable dans sa cause même.

On peut distinguer :

a) Une compression excentrique par le néoplasme même.

b) Une compression excentrique par l'adénopathie con comittante.

Au sujet de ce second cas, nous nous permettrons de rappeler quelques données anatomiques.

L'uretère dans tout son trajet, dans la région des lombes, au détroit supérieur, dans le bassin, est en rapport immédiat ou éloigné avec des groupes ganglionnaires.

Les uns sont les premiers relais des lymphatiques viscéraux pelviens, les autres des groupes plus éloignés déjà de leur origine.

Si nous nous reportons à la thèse de Marcille (Paris, 1902), qui est le plus récent travail sur les « lymphatiques et ganglions ilio-pelviens » nous trouvons que l'uretère de la vessie au détroit supérieur est en contact presque constant avec les ganglions pelviens.

I. — Dans son segment juxta-vésical, l'uretère, d'après Marcille, n'est pas en rapport chez la femme comme chez l'homme avec des ganglions.

« Le territoire lymphatique postérieur et inférieur de la vessie, dit Marcille, est résumé par deux troncs collecteurs qui abandonnent la vessie au-dessous et en dedans du point d'abouchement de l'uretère et s'accolant au côté inféro-interne de la vessie, se rendent aux ganglions hypogastriques ».

Les ganglions prostatiques qu'a décrit M. Lannelongue sont situés en arrière et au-dessous de l'uretère. Mais l'anatomie pathologique nous montre dans plusieurs cas des ganglions juxta-vésicaux comprimant l'extrémité inférieure de l'uretère. Ce sont les observations de Chiari, de Perregaux, de Noël Hallé. Ce sont des ganglions inconstants dont la fréquence est difficile à établir.

II. — Dans son segment juxta-utérin, l'uretère se trouve plongé au milieu des lymphatiques issus du col de l'utérus. Y a-t-il là un ganglion ? On sait toute l'histoire de ce ganglion que M. Lucas Championnière « a souvent vu sur le côté et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal-latéral ». Sappey l'a nié, Fioupe aussi. M. Poirier, sur 300 sujets, n'a pu le découvrir, et n'a observé qu'un pelotonnement gangliforme des troncs lymphatiques. Buhms l'a rencontré, au contraire, 2 fois, Marcille, 5 fois sur 30. M. Farabeuf, 2 fois aussi.

Que conclure sinon que ce ganglion est inconstant ? Présent, il se trouve en rapport direct avec l'uretère en arrière et au-dessous de lui. Mais sa fréquence n'est que de 15 % environ.

III. — Dans son segment pelvien supérieur, l'uretère se trouve au milieu des branches de l'hypogastrique, mais contrairement à ce que l'on pourrait attendre, ses rapports ganglionnaires sont là assez éloignés.

Marcille a donné une description minutieuse du groupe ganglionnaire ici situé. Ce groupe reçoit les lymphatiques de la vessie, de l'utérus, du vagin, du système génital pelvien, du rectum.

La figure (fig. 1) empruntée à Marcille, montre bien ces

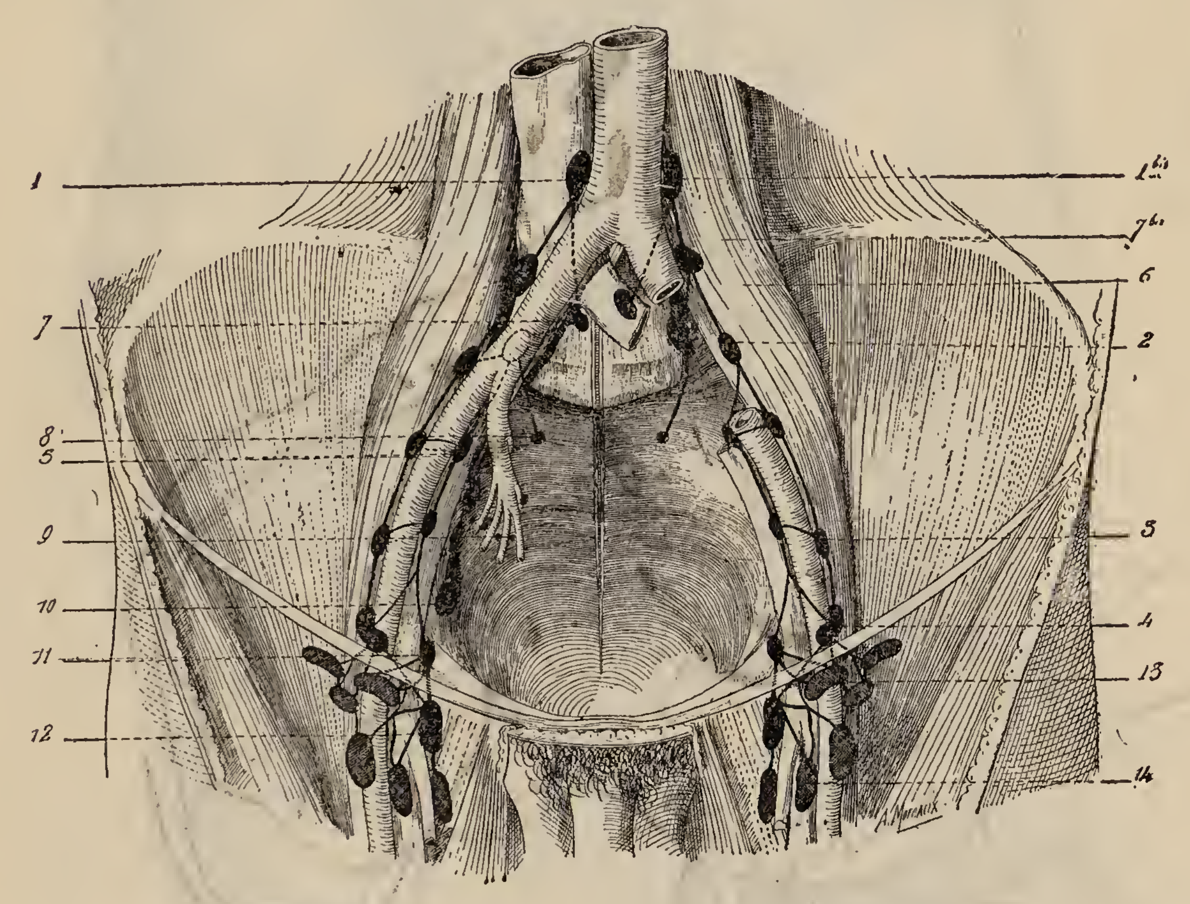


Fig. 1. — *Schéma de la topographie des ganglions pelviens* (Cunéo et Marcille, in *Traité danatomie*, de Poirier).

1 et 1 *bis*. Ganglions inférieurs des groupes latéro-aortiques droits et gauches. — 2. Ganglion iliaque primitif (groupe externe). — 3. Maillon moyen de la chaîne externe des iliaques externes. — 4. Ganglion rétrocrural externe. — 5. Ganglion de la chaîne moyenne des iliaques externes. — 6 Ganglion de la fosse du nerf lombo-sacré. — 7 et 7 *bis*. Groupe du promontoire ; à droite, le ganglion est sous la veine iliaque primitive gauche ; à gauche, le ganglion est au devant de cette même veine. — 8. Groupe sacré-latéral. — 9. Groupe de la palmure hypogastrique. — 10 Ganglion de la chaîne interne des iliaques externes (ganglion du nerf obturateur). — 11. Ganglion rétrocrural interne. — 12. Ganglion inguinal profond. — 13 et 14. Ganglions inguinaux superficiels.

rapports. Les ganglions hypogastriques, que l'auteur appelle « groupe de la palmure hypogastrique » sont logés, on le voit, dans les différents angles que limitent entre elles les branches de l'artère, à quelque distance de leur origine. Ils forment une courbe assez régulière dont la concavité est tournée en haut. Ce *croissant ganglion-*

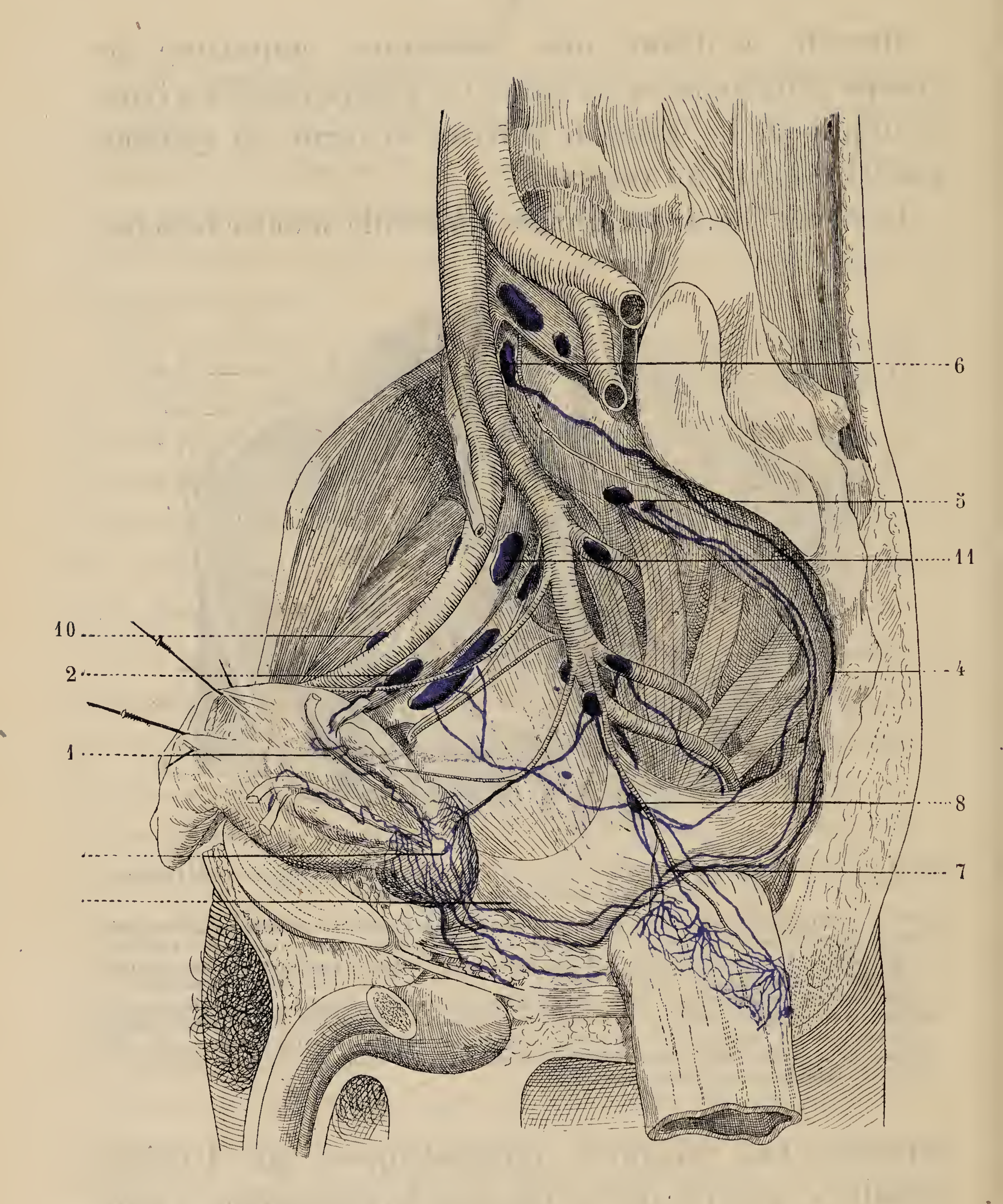


Fig. 2. — *Lymphatiques de la prostate* (Cunéo et Marcille, in *Traité d'anatomie*, de Poirier).

. Pédicule transversal de la prostate. — 2. Ganglion préveineux moyen. — 3. Pédicule postérieur moyen. — 4. Pédicule postérieur long. — 5. Ganglion sacré-latéral. — 6. Ganglion du promontoire. — 7. Pédicule moyen du rectum. — 8. Ganglion hémorrhoïdal. — 9. Nodule ganglionnaire rétro-prostatique. — 10. Ganglion de la chaîne externe des iliaques externes. — 11. Ganglion préveineux inférieur.

naire est plaqué sur la face interne de la gaîne hypogastrique ».

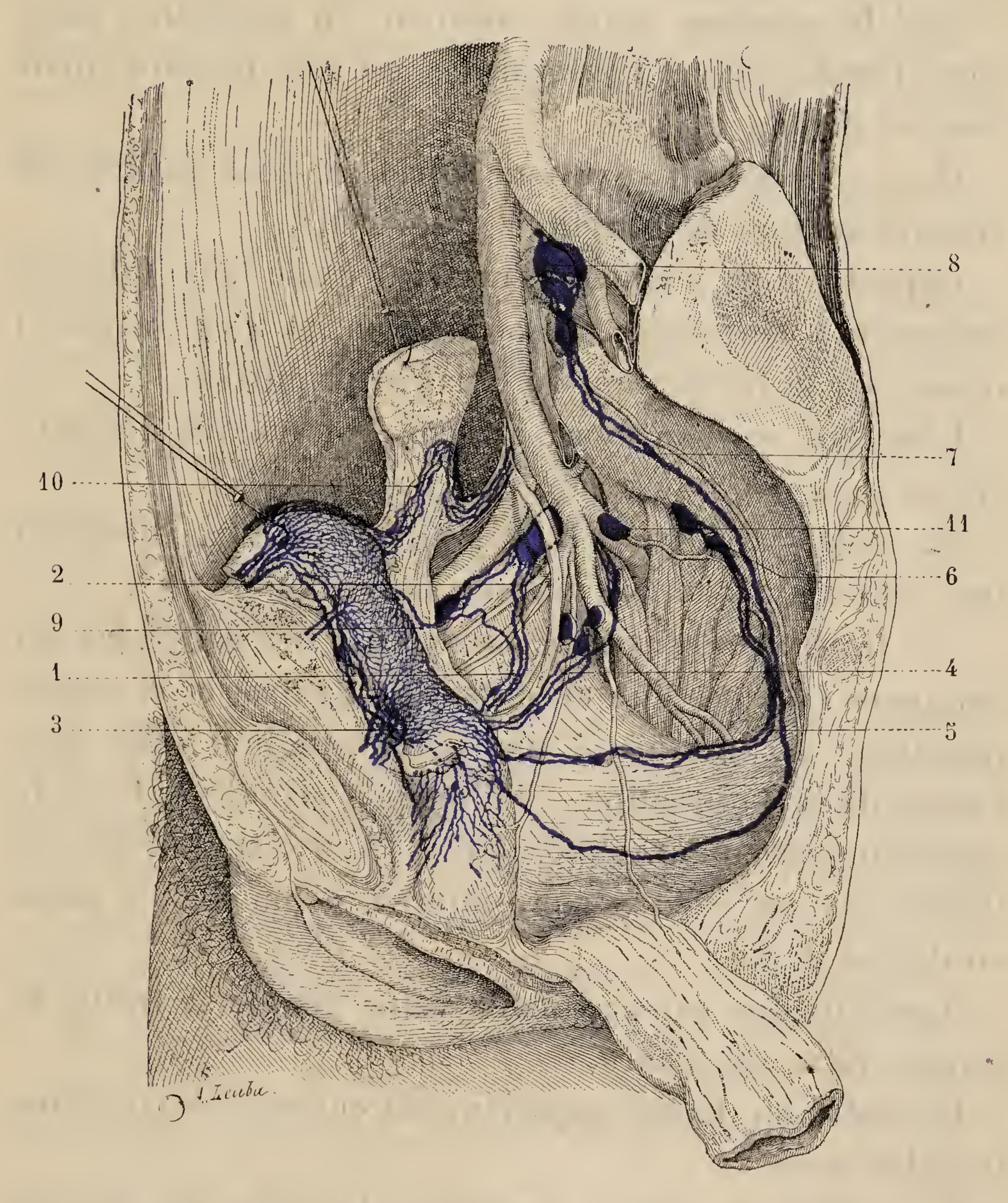


Fig. 3. — *Lymphatiques de l'utérus* (Cunéo et Marcille, in *Traité d'anatomie*, de Poirier).

1. Portion du pédicule tranversal du col utérin allant au ganglion préveineux moyen. — 2. Portion du pédicule transversal du col allant au ganglion préveineux supérieur. — 3. Origine du pédicule tranversal formant peloton. — 4. Pédicule postérieur court. — 5. Pédicule postérieur moyen. — 6. Groupe ganglionnaire sacré-latéral. — 7. Pédicule postérieur long. — 8. Groupe du promontoire. — 9. Pédicule transversal de la corne utérine. — 10. Pédicule lombaire. — 11. Ganglion fessier.

L'uretère passe dans la concavité même du croissant

ganglionnaire, et laisse en arrière et en dedans de lui, la majorité de ces ganglions.

Seul le ganglion antéro-inférieur du croissant, placé entre l'ombilicale et l'obturatrice, est à sa hauteur, mais bien en dehors.

II. — Au détroit supérieur, l'uretère, peut-on dire, est entouré partout de ganglions (Fig. I M.).

Rappelons qu'à droite l'uretère passe sur l'iliaque externe à 1 centimètre de son origine, et qu'à gauche il repose sur la bifurcation de l'iliaque primitive.

L'uretère, sur son bord externe, est flanqué des ganglions supérieurs du groupe iliaque.

Or, celui-ci, d'après M. Marcille, doit être divisé en trois chaînes : externe, interne, moyenne.

Ces trois chaînes sont terminées par des ganglions qui flanquent l'uretère l'un au-dessus de l'autre, et la chaîne moyenne est terminée là par « un ganglion collé dans l'angle de la bifurcation de l'iliaque primitive. C'est le ganglion préveineux supérieur ». A droite, l'uretère le touche par son bord postéro-interne, à gauche, il passe au-dessus de lui.

Ajoutons que par-dessous la veine iliaque se trouve le groupe rétro-vasculaire.

L'uretère au détroit supérieur est entouré de ganglions lymphatiques.

I. — Dans la région lombaire, l'uretère est flanqué sur son bord interne par la chaîne ganglionnaire latéro-aortique, qui, parallèle à lui jusqu'à la 3e lombaire, oblique alors en dedans, et s'en sépare.

II. — Au hile rénal enfin, l'extrémité supérieure de l'uretère se trouve environné des ganglions rénaux et pyélitiques.

Le résumé de cette description est donc que l'uretère dans le bassin même, est à une certaine distance des groupes ganglionnaires, mais qu'au détroit supérieur il est entouré par eux et qu'aux lombes il en est flanqué, jusqu'à son origine.

Or ces groupes ganglionnaires reçoivent presque tous les lymphatiques des viscères pelviens.

Les ganglions iliaques externes au contact de l'uretère reçoivent les troncs transversaux issus de la prostate, de la vessie, du col utérin, du tiers supérieur du vagin.

Les ganglions hypogastriques reçoivent tous les pédicules postérieurs des organes pelviens.

Les ganglions lombaires résument toute la circulation lymphatique pelvienne.

Si nous passons maintenant sur le terrain pathologique, nous voyons que la propagation des néoplasmes pelviens aux ganglions, constante à une période quelconque de leur évolution, se produit ainsi qu'il suit : Pasteau dans sa thèse a fort bien étudié cette propagation des néoplasmes de la vessie et de la prostate aux ganglions.

Dans ses statistiques, établies d'après les pièces de la collection anatomo-pathologique de Necker, il étudie la topographie des propagations ganglionnaires et donne les tableaux suivants :

40 tumeurs à début vésical mais ayant envahi d'autres organes pelviens.

Propagation aux ganglions iliaques	20
— rétro-péritonéaux	10
— lombaires.......	6

62 tumeurs vésicales localisées au réservoir urinaire.

Propagation aux ganglions iliaques internes.....	23
— primitifs.....	14
Près des uretères juxta-vésicaux...............	9
Lombaires................................	15

Pour les tumeurs de la prostate.

60 tumeurs.

Propagation aux ganglions iliaques internes.....	9
— primitifs....	2
— pelviens....	27
— lombaires...	19

Pour les tumeurs de l'utérus nous sommes renseignés sur la fréquence de la propagation au système ganglionnaire, par le travail de Picqué et de Mauclaire, intitulé : « Considérations sur le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale. » Page 10, nous y lisons :

« D'après Rogers Williams, sur 78 cas d'autopsie il y avait des ganglions néoplasiés évidents, dans 56 cas...

Il y a propagation :

Aux ganglions iliaques........	56 fois sur 100
— lombaires......	2 — 78
— mésentériques..	3 fois.

Ajoutons que cette propagation est précoce : « pour Mackenrodt, Seelig, Gussenbauer, Schuchardt, Clark, même dans les cas où le cancer du col paraît être tout-à-fait au début de son évolution et que la malade présente des ligaments larges et des culs-de-sac en apparence parfaitement sains, les ganglions lymphatiques sont déjà touchés dans la plupart des cas ».

« Peiser affirme même que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques du col sont touchés dans 50 p. 100

des cas, au moment où la malade vient consulter le chirurgien. Et il se base pour cela sur les travaux de Dittrich, Cruveilhier, Pawlick, Russell ».

Que devient l'uretère au cours de ces envahissements ganglionnaires ? La lecture des observations nous montre (thèse de Pasteau) la très grande fréquence de sa compression, voire même de son oblitération par les masses dégénérées.

Ganglions pelviens : Obs. Lenepveu (3), les uretères sont englobés dans une masse de ganglions pelviens ; leur orifice vésical est libre (cancer vessie).

Obs. Zainck (23), ganglion pelvien, hypertrophie englobant l'uretère (cancer vessie).

Obs. Zainck (24), idem (cancer vessie).

Ganglions iliaques externes : Obs. Siredey (70), au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite grosse masse oblitérant les vaisseaux iliaques et l'uretère (cancer vessie).

Obs. Guyon (101). L'uretère gauche arrivé dans la fosse iliaque longe une grosse tumeur arrondie, dure, blanchâtre, occupant la fosse iliaque et soulevant le péritoine ; l'uretère pénètre dans la partie latérale interne de cette tumeur, où il est comprimé de façon qu'on ne peut faire passer un stylet dans la vessie (cancer vessie).

Obs. Guyon (203). Ganglions dans la fosse iliaque droite, uretère droit dilaté (cancer prostate). Obs. Gibb (6). Tout le système lymphatique des deux côtés de la colonne vertébrale était envahi. Le rein gauche est hydronéphrosé.

Obs. Marchesseaux (32). Les uretères, en arrivant dans le petit bassin, sont entourés de ganglions surtout le gauche (cancer vessie et utérus).

Ganglions lombaires : Obs. Holmes. Les ganglions lombaires sont intéressés par le cancer, l'uretère droit est très distendu. Ganglions pelviens, iliaques, lombaires.

Obs. Bergeron (68). Audry (92), observation de la clinique de Necker (102-204-206-208-210), dilatation des uretères.

Les uretères dans la très grande majorité des cas sont donc comprimés par la dégénérescence des masses ganglionnaires échelonnées sur leur parcours.

En somme, nous pouvons constater des lésions anatomo-pathologiques réparties sur le rein et sur l'uretère. Sur l'uretère nous trouvons de la compression pelvienne directement, par la tumeur, qu'elle siège sur l'utérus, la vessie, la prostate ou le rectum, et il peut y avoir oblitération totale (c'est l'exception), ou incomplète (c'est la règle). Cette compression, au contraire, peut s'exercer indirectement, grâce à l'envahissement des ganglions soit pelviens, soit lombaires. Pasteau a étudié l'état du système lymphatique dans les affections de la vessie et de la prostate et nous avons recueilli dans sa thèse l'obs. n° 25, où l'anurie s'est montrée sous la dépendance de ce mécanisme. Dans le rein nous trouvons des lésions de néphrite toxique ou infectieuse, dont nous avons signalé les principales descriptions.

Nous allons maintenant examiner d'après cette division, nos observations d'anurie et elles serviront ainsi comme de corollaire à notre précédente description.

Disons tout d'abord que nous n'avons pas relevé un seul cas où il y ait exclusivement des lésions rénales, elles coïncident toujours, quand elles existent, avec une compression plus ou moins complète des uretères.

Examinons donc d'abord la compression des uretères par le néoplasme dans le bassin avec oblitération vraie.

Nous avons déjà annoncé que peu de cas rentraient dans cette catégorie, et en effet nous n'avons pu en réunir que 4 observations (n° 1, 2, 3, 4).

Relevons-y ce qui nous intéresse pour le moment.

Nous y voyons (obs. 1), que, « en examinant le point d'abouchement des uretères dans la vessie, on constate avec un stylet, que l'orifice de l'uretère droit est complètement oblitéré et présente un véritable étranglement....., l'orifice de l'uretère gauche dans la vessie est encore perméable. » Dans l'obs. 2, nous trouvons aussi « l'uretère oblitéré à un pouce et demi de son abouchement dans la vessie, grâce à des néo-formations molles et grisâtres....., le droit présentait à son ouverture dans la vessie le calibre d'une épingle ». Ailleurs « l'uretère droit est rétréci d'abord, puis oblitéré par une masse carcinomateuse, qui se continue avec celle de l'utérus », mais du côté gauche « il est sain » (Obs. 3).

Enfin, dans l'obs. 4, ou il n'y a qu'un seul rein et un seul uretère « on trouve l'orifice situé au fond d'un cul-de-sac ou diverticulum de la vessie et surplombé par une masse cancéreuse considérable..... la masse cancéreuse prend son point d'implantation sur la partie latérale droite de la vessie non loin du sommet par conséquent et comprime l'orifice de l'uretère à tel point qu'on est obligé de l'écarter pour pouvoir en pratiquer le cathétérisme ».

Remarquons en passant, abstraction faite du cas atypique à rein unique, que dans aucune circonstance les deux uretères n'étaient à la fois complètement oblitérées,

Examinons dans ces 4 observations l'état dans lequel se trouvent l'uretère, les bassinets et les calices :

Du côté où siège l'oblitération complète on voit que l'uretère est « volumineux » (obs. 1), « dilaté et tortueux » (obs. 2), « excessivement dilaté » (obs. 3 et 4), du volume de l'intestin grêle (obs 4) ou « du petit doigt » (obs. 3) et dans ce cas « distendu par un liquide presque aqueux de teinte un peu jaunâtre cependant ; quant aux calices et aux bassinets du côté oblitéré « ils sont également dilatés » (obs. 13) et « peuvent présenter des lésions de pyélo-néphrite » (obs. 4).

Du côté où l'oblitération est incomplète nous pouvons trouver l'uretère « dilaté avec un trajet intra-vésical tortueux » (obs. 2), « distendu mais moins » que son congénère (obs. 1) avec « un bassinet dilaté » ou au contraire, il peut être « sain » (obs. 3).

Examinons pour terminer, l'état des reins : du côté de l'oblitération complète on peut voir « le rein dur, réduit à une coque fibreuse » (obs. 1) ou « volumineux et présentant sous la capsule des abcès miliaires nombreux sous forme de piqueté blanchâtre » (obs. 4) et dans un examen plus détaillé nous lisons (obs. 3) : « La substance du rein refoulée et comprimée de dedans en dehors est remarquablement atrophiée. A l'examen microscopique : les tubes urinifères sont partout atrophiés, quelques-uns sont dépourvus d'épithélium, ailleurs leurs cellules ont subi la dégénérescence graisseuse. En certains points les cellules ont disparu et l'intérieur des tubuli est rempli par des cylindres granulo-graisseux et même par de véritables gouttes huileuses ».

Si nous examinons le côté où siège l'oblitération in-

complète, nous trouvons « un rein volumineux » (obs. 1) ou « moitié moins volumineux que son congénère avec une surface d'un gris blanchâtre et facilement décorticable. — Rein qui commence seulement à être gros et anémié avec une substance tubulaire peu distincte » (obs. 2).

Notons qu'une seule fois il nous semble absolument perdu, c'est dans l'obs. n° 3 « il est énorme, mesure 17 centimètres en hauteur et 8 en largeur, à simple vue il paraît simplement transformé en graisse ».

L'examen microscopique montre que tous les tubes urinifères ont subi la dégénérescence graisseuse ». C'est donc le seul cas dans cette première série où une double association de lésions semble mécaniquement nous rendre compte de la suppression de la fonction urinaire ; nous y reviendrons au chapitre de la pathogénie.

Mais l'oblitération des uretères peut être incomplète, même du côté sur lequel la compression par la tumeur pelvienne s'exerce le plus énergiquement.

Nous avons déjà dit que c'était la règle et nous retrouvons 18 observations confirmatives qui portent les numéros : 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26. Quelques citations vont encore nous servir de description pour étudier le mode et le degré de compressions et les lésions que l'on observe.

Nous trouvons évidemment les « uretères comprimés » (obs. 15), mais une seule fois et sans preuve histologique à l'appui on les dit « envahis par le néoplasme utérin (obs. 15), ailleurs ils sont « comprimés par la masse cancéreuse qui unit les restes de l'utérus à la vessie » (obs. 20) et un stylet introduit de la vessie dans les

uretères arrive avec peine et à travers un canal rétréci dans la cavité de l'uretère sans produire aucune déchirure, aucun traumatisme » (*id.*) « cette compression par le néoplasme » (obs. 22) peut siéger « dans la traversée vaginale » ce peut être « à leur entrée » (obs. 26) ou à « leur sortie » (obs. 24) de la vessie qu'ils peuvent être « comprimés par la tumeur utérine » (obs. 26) ou par une sorte de manchon cancéreux (obs. 24) à tel point qu'il y a « une oblitération presqu'absolue, assez complète pour ne laisser passer qu'un crin de cheval » (obs. 24). Souvent elle est moins prononcée et bénigne « les extrémités terminales des deux uretères traversent dans la longueur d'un pouce environ la masse squirrheuse que leur trajet soit tortueux on peut encore passer un stylet, ni l'un ni l'autre n'étant complètement obstrués » (obs. 5) et l'on peut encore « passer une très petite sonde alors que les deux uretères sont emprisonnés à leur entrée dans la vessie dans un tissu dense.

Dans l'obs. 19 où l'uretère est partout « très adhérent » on voit « que les points rétrécis ne le sont qu'en apparence, car en sectionnant les brides extérieures, le calibre devient tout de suite plus considérable...... et même dans la portion pelvienne où il pénètre dans le néoplasme qui l'entoure de tous côtés ; une sonde introduite ne franchit pas ce défilé, mais si l'on dissèque l'uretère on rétablit le cours de l'urine, ce qui prouve, et ceci est un point sur lequel nous ne saurions trop insister : « que l'obstacle était purement extérieur ».

Nous avons vu quel degré pouvait atteindre cette compression, par quoi elle était produite, où elle siégeait. Voyons maintenant les lésions et l'aspect que

présentent les uretères, les bassinets et les calices dans ces cas-là. Presque toujours les uretères sont distendus au-delà de l'obstacle : n'est-ce point là d'ailleurs une loi de pathologie générale. Nous les trouvons donc « dilatés tous les deux » (obs. 15), parfois ils le sont « très » (obs. 13), d'autres fois « à peine » (obs. 22) ou modérément (obs. 6) ; cette distension « les fait facilement reconnaître sous le péritoine » (obs. 20), ils acquièrent le volume « de l'intestin grêle » (obs. 23, 26) ou « presque » (obs. 24) « du petit doigt » (obs. 6) du pouce » (obs. 18) « de l'index » (obs. 18, 19) « d'un bon index » (obs. 21) « d'un cent. 1/2 environ et plus » (obs. 20).

Comment sont les parois ? « plus pâles mais sans traces d'altérations pathologiques » (obs. 6), « minces, transparentes » (obs. 19) « amincies » (obs. 18), mais nous voyons la « muqueuse altérée avec des colonnes et des anfractuosités paraissant nettement à sa surface (obs. 24).

Par quoi maintenant ces parois sont-elles distendues? « par de l'urine » (obs. 6, 11, 20) qui peut être « sanguinolente en quantité égale à 250 grammes, avec 7 gr. 30 d'urée par litre » (obs. 7), « par un liquide à peu près incolore ou légèrement jaunâtre » (obs. 18) « par 4 gr. de liquide purulent » (obs. 7), parfois on y trouve « un liquide clair, laissant un dépôt blanchâtre au fond du vase et donnant par la chaleur et l'acide azotique un précipité très abondant d'albumine et dans lequel l'analyse démontre la présence d'urée ».

(Obs. 24). On note donc le plus souvent de l'albumine (obs. 23), mais l'obs. 21 nous fournit une analyse complète.

Densité : 10,10.

Urée : 6 gr. 60 par litre.

Chlorures : 5 gr. 03, par litre.

Phosphates : 0 gr. 569, par litre.

Extrait sec : 12 gr. 50, par litre.

Ni albumine, ni sucre.

Notons enfin l'aspect « en chapelet » (obs. 19), c'est un uretère alternativement rétréci et dilaté... contourné sur lui-même et comme enroulé en spirale autour d'une tige fibreuse rigide qui va du hile du rein à la symphyse sacro-iliaque; les points rétrécis ne le sont qu'en apparence, car en sectionnant les brides extérieures, le calibre devient de suite plus considérable » (obs. 19).

En revanche, il y a des cas où il n'y a « pas la moindre rétention urinaire » (obs. 16), ce qui paraît conforme à l'opinion de Donnadieu qui veut que le début de l'hydronéphrose commence par une simple dilatation des tubuli. Dans l'obs. 12, aussi les uretères étaient « vides d'urine ». Examinons maintenant quel est l'état des calices et des bassinets. Comme les uretères on voit les « calices et les bassinets dilatés » (obs. 7). Ils sont sains néanmoins, sauf la desquamation épithéliale *post mortem* » (obs. 11). A l'intérieur on trouve « de l'urine non purulente » (obs. 20), mais il peut y avoir hydronéphrose double » (obs. 21, 18) ou simple (obs. 19).

Notons enfin, comme pour les uretères, l'absence « de dilatation des calices et du bassinet ».

Etudions, pour en finir avec cette catégorie, les lésions rénales qui y sont signalées. 17 fois il en est fait mention (obs. n°s 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27).

D'une façon générale, les reins sont malades, mais ils sont encore suffisants pour que la fonction urinaire soit

encore possible, tout au moins d'un côté. Examinons donc ceux de cette première catégorie.

Les deux reins peuvent être « petits et atrophiés » (obs. 8) « dans la substance corticale surtout » (obs. 12); il y a donc de la « néphrite double atrophiante » (obs. 15) ou bien encore ces « reins petits sont à surface lisse, légèrement adhérents à la capsule. A la coupe, les deux substances paraissent saines et conservent leur volume respectif » (obs. 11); l'examen microscopique nous fait voir d'ailleurs qu'ils « sont atteints de lésions anciennes de sclérose peu avancée » (id.). Ailleurs encore, nous les trouvons « pâles ; l'atrophie porte sur les substances corticales, et il y a des cercles hémorragiques entourant les pyramides » (obs. 7).

Au contraire, nous trouvons des « reins gros et pâles » (obs. 23), mais « sans lésions » ou bien « un peu augmentés de volume, mais présentant des traces évidentes de néphrite chronique » (obs. 20).

Nous trouvons encore les « deux reins hydronéphrosés » (obs. 22) et cette « double hydronéphrose » (obs. 18) peut coexister avec une « altération limitée des deux reins » (id.).

Signalons enfin l'obs. 24 où « les reins sont durs, d'aspect lardacé ».

Jusqu'ici les lésions étaient de même genre et à peu près de même importance sur les deux reins à la fois. Il n'en est pas toujours ainsi ; témoin les cas suivants :

Dans l'obs. 5, le « rein gauche est très atrophié, pesant seulement 2 onces 1/2. Plus de traces des pyramides, ce n'est plus qu'une coque formée par la substance corticale réduite à une lame de tissu homogène d'apparence

charnue ». Mais « le rein droit est augmenté de volume, pèse 7 onces, est bien creusé aussi à son intérieur, mais moins complètement ». Ailleurs, « le rein droit est hydronéphrotique au premier stade de la lésion, et le gauche pèse 130 grammes. A la coupe, il est gras, avec des taches faisant penser à des foyers de dégénérescence amyloïde » (obs. 19). Dans l'obs. 21, les deux reins ont des altérations de même genre, mais « elles sont bien moins accentuées dans celui du côté gauche ». Et dans un dernier cas il s'agit de lésions d'ordre spécial : nous trouvons pour « le rein droit qui est quadruplé de volume, transformé en une éponge purulente, que l'infection rénale est secondaire et due manifestement aux pansements » (obs. 13). D'ailleurs, nous notons simplement de « l'atrophie pour le côté gauche » (id.). Quant à l'examen histologique, il a été assez rarement pratiqué.

« Au microscope, on reconnaît une désintégration granulo-graisseuse portée quelquefois très loin, et qui est due à l'étouffement des éléments comprimés » (obs. 24). Ou bien on voit que « les deux reins sont atteints de lésions anciennes, de sclérose peu avancée ; la dilatation des glomérules témoigne en outre d'une gêne mécanique de l'écoulement de l'urine. Quant au rein qu'on a opéré, « sa substance corticale contient un foyer embryonnaire qui, étant donné l'intégrité de la substance médullaire, paraît dépendre d'une lésion descendante par élimination circulatoire. Il n'existe pas de pyélo-néphrite ascendante en dehors de la sclérose » (obs. 11), mais ce que l'on retrouve le plus souvent, ce sont « en somme des lésions de néphrite chronique ». Disons, pour en terminer avec

ce petit point d'histologie, que l'état des reins est étudié à l'obs. 6 par l'examen des urines émises avant la crise d'anurie et qui contenaient « des éléments épithéliaux, de la dégénérescence granuleuse, du pus, des cylindres hyalins et granuleux ».

Jusqu'ici nous avons pu constater que malgré leurs lésions, parfois assez avancées il est vrai, les reins n'en restaient pas moins suffisants pour sécréter encore de l'urine en plus ou moins grande abondance. Dans certains cas d'ailleurs où nous avons vu un rein absolument, ou peu s'en faut, détruit, son congénère était d'une façon constante bien moins lésé. Nous allons revenir, dans un instant, sur ce point, au chapitre de la pathogénie. Mais nous devons, avant de commencer celui-ci, signaler deux cas où l'anurie peut s'expliquer de par l'examen anatomo-pathologique des reins, ce qui est, on le voit, l'infime exception. Il s'agit des obs. 25 et 27. Dans la première, le malade de M. Pasteau avait « les deux reins remplis d'un liquide purulent » et, dans la seconde, « les deux reins, complètement détruits, sont réduits en une espèce de coque fibreuse ».

Nous ne saurions nous empêcher de remarquer que tous nos faits ne concordent pas exactement avec les données classiques : Nous lisons en effet dans le tome VI du *Manuel de Médecine,* de Debove et Achard, p. 801, article Anurie, de M. Courtois-Suffit : « Dans l'anurie de cancer utérin, quel qu'en soit le mécanisme, on observe au-dessus du point rétréci une dilatation de l'uretère plus prononcée vers la partie supérieure atteignant le rein lui-même qui paraît mou et fluctuant. La

sécrétion continue donc de se faire lorsque les uretères sont fermés, dans le cas de cancer utérin, tandis qu'elle est brusquement suspendue chez les lithiasiques ». Puis M. Courtois-Suffit rappelle les ligatures que Guyon et Albarran ont pratiqué chez les animaux, et il ajoute : « Il en est de même chez les cancéreux ».

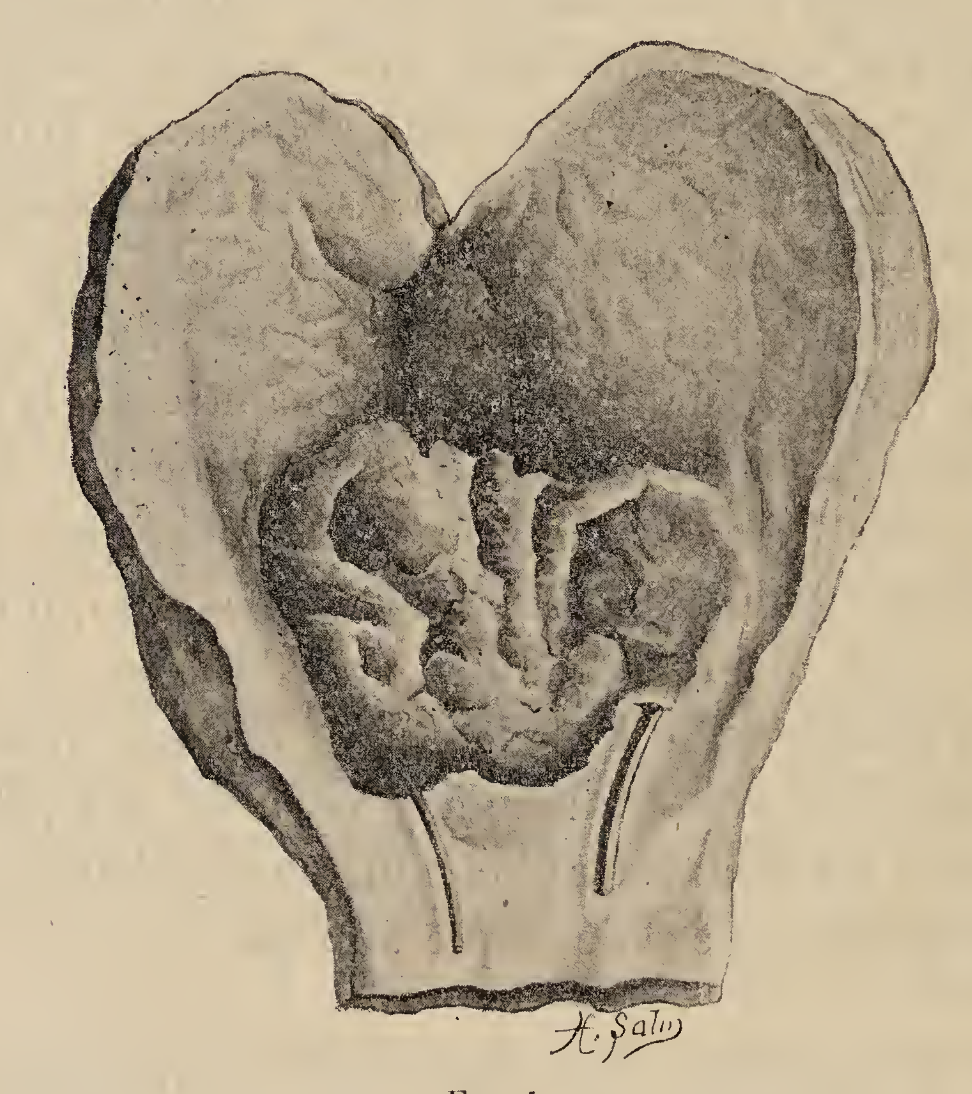


Fig. 4.

Il suffit de nous souvenir que quatre fois seulement (obs. 1, 2, 3, 4) nous avons noté une oblitération complète (et encore d'un seul côté), pour voir combien il est inexact de dire que « les uretères sont fermés » et d'assimiler le mécanisme de la compression à une ligature de l'uretère.

De même encore nous trouvons que « la sécrétion

continue à se faire lorsque les uretères sont fermés, dans le cas de cancer utérin » ; en somme, c'est le mécanisme de cette « hydronéphrose » que M. Dieulafoy accepte seul dans tous les cas (p. 219, t. III, 13e édit., 1901, *Manuel de pathologie interne*) et que nous retrouvons aussi décrite t. VIII, p. 928, dans le *Traité de chirurgie*

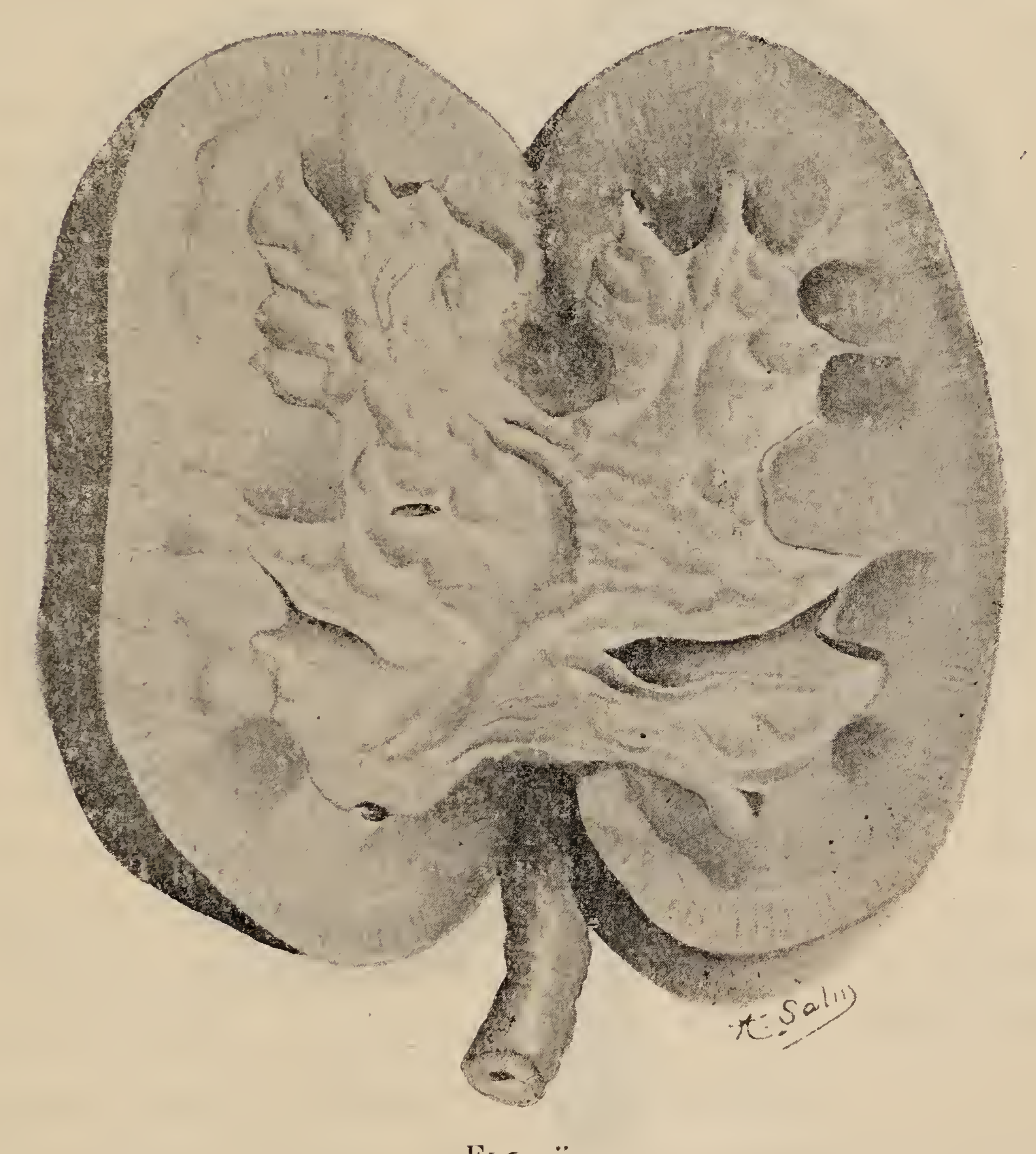


Fig. 5.

de Le Dentu et Delbet : « L'obstruction uretérale dans le cancer de l'utérus.... aboutit à la formation d'une double hydronéphrose ». Double, nos observations le prouvent, c'est tout au moins l'exception ; simple, c'est beaucoup plus fréquent, il est vrai, mais néanmoins il y

a bien des cas contraires. Citons, parmi les plus nets, l'obs. 16 où il n'y a pas « la moindre rétention urinaire » et l'obs. 12 où même « les uretères étaient vides d'urine ». Enfin nos figures 5 et 6 représentent deux reins d'aspect normal, et cependant les uretères traver-

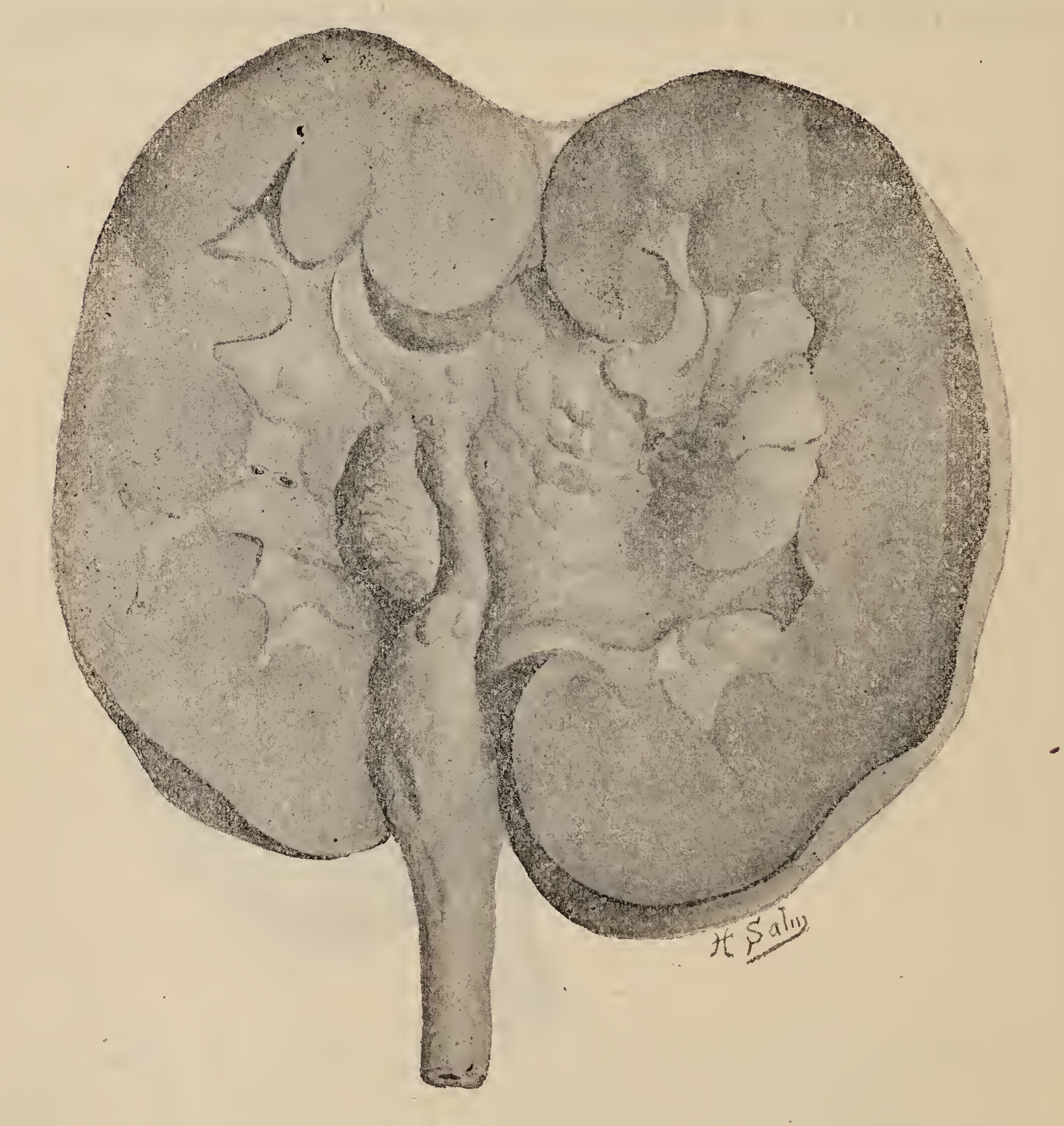


Fig. 6.

saient la masse cancéreuse où ils étaient fortement comprimés. Dans celui de droite, notamment, nous n'avons pu introduire la fine bougie qui est représentée dans la figure 4e qu'après de multiples essais infructueux. Con-

cluons donc par cette phrase de Jeanselme, p. 560, t. V du *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert : « La compression qu'exerce une tumeur.... refoule, étire, mais rarement obture un uretère et plus rarement encore les deux ».

Nous avons donc relevé dans notre chapitre d'anatomo-pathologie, de la compression constante des uretères. Cette compression n'agit pas, nous venons de le voir, comme une ligature ; cette compression n'oblitère d'une manière absolue les uretères que quatre fois ; et même dans ces quatre cas l'oblitération complète n'est jamais bilatérale. Elle est donc capable de provoquer de la rétro-dilatation en amont de l'obstacle ; elle peut produire de l'uronéphrose ou de la pyonéphrose si l'infection, chose facile sur ces terrains prédisposés, vient s'y ajouter par voie ascendante ; elle peut causer, par moindre élimination, des phénomènes d'empoisonnement urémique, mais elle ne saurait nous expliquer le mécanisme de l'anurie. Grâce à elle, on observera de la diminution des urines coïncidant avec des phénomènes urémiques, mais ce ne sera pas la suppression absolue ; il pourra s'agir d'oligurie, ce ne sera pas de l'anurie.

Allons-nous trouver l'explication de l'anurie dans les lésions rénales, puisque celles de l'uretère sont insuffisantes à nous l'expliquer ? Pas davantage.

Les lésions rénales sont moins constantes que celles des uretères ; nous les retrouvons dans 17 observations (nos 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27). Parfois, nous trouvons un rein gravement lésé, il est vrai, mais si nous nous rappelons, d'une part, combien peu de substance rénale est nécessaire

pour qu'il filtre encore de l'urine ! si nous nous souvenons des phénomènes d'hypertrophie compensatrice et de providentielle suppléance qui se produisent dans les néphrites ; si, d'autre part enfin, nous voulons bien constater que les deux reins, dans ces cas-là, sont inégalement atteints, et que s'il y en a un de frappé à mort, son congénère est anatomiquement capable de fonctionner, nous en conclurons encore que ce n'est pas dans ces altérations anatomiques que nous allons trouver l'explication de l'anurie.

Exceptons-en toutefois les cas qui font le sujet des observations 25 et 27 et où nous avons trouvé une destruction complète des deux organes. Ajoutons à ces organes celle qui porte le n° 3 et où d'un côté nous avons une oblitération complète et de l'autre un rein fonctionnellement perdu. Enfin l'observation de Thiéry où il y avait une absence congénitale d'un rein. En tout donc 4 fois sur 22 nous pouvons mécaniquement, anatomiquement soit par cause unique, soit par association de lésions, expliquer les phénomènes d'anurie. Cette rareté ne peut donc servir de base à une explication capable de s'appliquer à tous les cas ; nous devons chercher ailleurs ; à la compression, aux lésions rénales il s'y ajoute quelque chose en plus.

Dans les classiques, cette question de pathogénie n'est même pas posée, puisqu'ils admettent un mécanisme bien simple, il est vrai, de l'anurie, à savoir l'oblitération absolue par la compression exercée par le néoplasme.

Ils admettent encore l'envahissement des parois de l'uretère par la tumeur (*Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. V, p. 560), ou une obstruction des orifices

urétéraux par les végétations du néoplasme dans la vessie » (*Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VIII, p. 928).

Mais les faits sont là, indiscutables, indéniables, qui nous empêchent de nous ranger à des explications fort simple évidemment, vraies peut-être dans des cas très particuliers, mais qui ne sauraient constituer la formule pathogénique générale. A vrai dire, cette pathogénie n'a jamais été étudiée ; on en trouverait la preuve dans cette idée toute hypothétique émise par Laboisne dans sa thèse : « Un bouchon cancéreux pénètre dans l'uretère, agit comme un corps étranger, comme un calcul » et si l'anurie cesse c'est que « le bouchon s'étant désagrégé, a été expulsé par la pression de l'urine accumulée dans les uretères, les calices et les bassinets ». Disons en passant que semblable explication se retrouve encore dans la thèse de Mercklen qui, d'après Roberts, adopte le mécanisme de l'oblitération urétérale par des fongosités cancéreuses.

Debove et Dreyfous invoquent aussi hypothétiquement dans leurs observations, un tiraillement des parois vésicales par la masse squirrheuse.

Nous n'avons pas la prétention de trancher la question si obscure de la pathogénie d'en apporter une explication unique et suffisante, applicable à tous les cas ; mais nous avons seulement l'intention d'émettre une série d'hypothèses qui nous sembleront simplement logiques et raisonnables. Nous ne croyons pas toutefois faire là œuvre absolument stérile. L'hypothèse est le point de départ de bien des découvertes, c'est le premier chemin à suivre quand on marche à l'inconnu, si l'on demeure d'ailleurs

toujours prêt à le quitter pour un autre dès qu'elle est démontrée entachée d'inexactitude.

Une hypothèse même fausse peut être très utile, grâce parfois aux conclusions que l'on en retire, et sa valeur dépend souvent comme on l'a dit de sa fécondité. N'est-ce pas sur une série d'hypothèses que reposent toute la médecine et la chirurgie modernes et les démontreraient-on fausses aujourd'hui, qu'elles n'en resteraient pas moins fort précieuses par les conséquences pratiques qui en ont dérivé et qui subsisteraient à leur ruine. La science a commencé, pour nous, le jour où s'est posé le premier pourquoi et indiquer les termes d'un problème c'est presque avoir contribué à le résoudre.

Voilà le terrain sur lequel nous allons exclusivement nous permettre d'aborder le chapitre de la pathogénie.

Ces réserves faites, nous constatons que les lésions rénales et les lésions urétérales peuvent nous donner de l'urémie, de l'oligurie presque jamais elles ne sont capables de déterminer l'anurie. Il y a donc quelque chose en plus.

Le mécanisme, grâce auquel on explique couramment aujourd'hui l'anurie calculeuse, nous semble également convenir à l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens qui lui est en bien des points comparable.

Ce mécanisme est d'origine réflexe, il a son point de départ dans l'uretère ou dans le rein,

Pour légitimer ici ce mode pathogénique, nous allons emprunter quelques passages à l'article de M. Albarran sur l'anurie calculeuse dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VIII, p. 916.

M. Albarran repousse les théories de M. Legueu. Ce

dernier auteur « pense qu'il s'agit d'anurie mécanique et il insiste beaucoup sur ce fait que le réflexe inhibitoire n'a aucun rôle dans la production de l'anurie. Il interprète l'absence de sécrétion du côté malade en se basant sur les expériences de Guyon et Albarran qui démontrent que, lorsque la pression du liquide contenu dans le bassinet s'élève brusquement, la sécrétion rénale cesse ; en ce qui regarde l'autre rein, pour M. Legueu, il ne fonctionnait déjà plus ; l'anurique est un individu qui, la veille, ne vivait qu'avec un seul rein ».

M. Albarran ajouta : « Je ne saurais accepter cette manière de voir... je pense avec M. Guyon, que les phénomènes réflexes jouent un rôle prépondérant dans l'anurie calculeuse et qu'ils peuvent seuls expliquer ce qui se passe du côté des reins ».

Et M. Albarran base sa réfutation sur l'absence d'hydronéphrose qui devrait constamment exister, s'il s'agissait d'une anurie purement mécanique, de même sur l'absence de lésions œdémateuses, sur le fait expérimental rare, il est vrai, dans lequel après la ligature urétérale pendant les deux premiers jours, le bassinet ne contient pas de liquide.

Enfin, il cite à l'appui de son opinion l'autopsie publiée par Martineau où « une ligature serrée de l'uretère n'avait été suivie d'aucune dilatation rénale, bien que le malade eût survécu quelque temps à cet accident passé inaperçu au cours de l'opération ».

D'ailleurs, M. Albarran ajoute que « ce réflexe inhibitoire par obstruction uretérale est évidemment très rare lorsqu'il s'agit d'un rein sain ».

Tout ceci n'est-il donc pas également applicable à

l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens ? Nous aussi nous avons relevé au chapitre de l'anatomie pathologique que l'hydronéphrose ne se produisait pas d'une façon constante et comme démonstration plus simple encore nous ne saurions mieux faire que de renvoyer aux figures n°s 5 et 6 qui représentent les pièces fournies par le malade dont l'histoire est mentionnée à l'observation n° 35.

On peut voir que malgré une compression très énergique des uretères, surtout de celui de droite où nous n'avons pu que difficilement faire pénétrer une fine bougie, il ne s'est produit ni distension manifeste des uretères, ni du bassinet.

Voilà donc un cas où une pathogénie exclusivement mécanique ne saurait être mise en cause. Mais nous croyons trouver une démonstration meilleure encore de l'insuffisance de cette pathogénie dans l'étude des formes cliniques. A ce chapitre, en effet, nous décrivons un type d'anurie que nous qualifions d'intermittent. Il se caractérise comme le fait déjà prévoir son appellation, par des phases d'anurie, suivies de phases où la sécrétion se rétablit parfois d'une façon exagérée et ces alternatives peuvent se montrer un grand nombre de fois chez le même sujet. Comment pourrait-on expliquer mécaniquement ces cas-là ? Faudrait-il donc admettre avec Laboisne qu'un bouchon cancéreux vient oblitérer l'orifice uretéral, ce qui correspond à la phase d'anurie puisqu'il se désagrège et qu'alors l'uretère redevenant perméable, la fonction reprend à nouveau ? Nous ne le pensons pas et si cette pathogénie, tout ou moins curieuse, parvenait à expliquer un fait particulier, elle nous

semble incapable de devenir la base d'une interprétation logique et rationnelle de tous les faits en général. Les mêmes réflexions sont encore applicables au sujet de l'obs. de Debove et Dreyfous, dans laquelle les auteurs expliquent l'oblitération des uretères par les tiraillements exercés sur leurs orifices par la masse squirrheuse vésicale.

Enfin, voici encore un phénomène qui vient combattre la théorie mécanique : dans les cas où l'on a pratiqué la néphrotomie, on trouve fréquemment relaté qu'il s'est écoulé de l'urine par la vessie (obs. 9, 10, 14, 15, 16, 18). La quantité émise a pu atteindre un demi-litre (obs. 13). Et alors de deux choses l'une, on avait incisé ou le rein perdu anatomiquement et comment cette intervention aurait-elle pu lui rendre ses fonctions ? Ou bien on avait incisé le rein sur l'uretère duquel siégeait l'obstacle et comment cette opération aurait-elle pu le lever ? Dans cette discussion des faits il nous semble résulter, comme nous l'avions déjà dit à l'étude anatomo-pathologique et répété en tête de ce chapitre, qu'aux actions mécaniques insuffisantes pour expliquer l'anurie il s'ajoute quelque chose d'autre. Ce quelque chose, par ses allures, par son mode d'évolution avec ses intermittences, son début souvent subit, revêt presque les caractères d'un phénomène nerveux. Beaucoup l'admettent pour l'anurie de cause lithiasique, il nous semble plus indiscutable encore pour l'anurie relevant des néoplasmes pelviens. Qu'est-ce qui le provoque ? La compression par la tumeur irrite-t-elle les parois uretérales qui se contractent par action réflexe pour ainsi dire d'une façon spasmodique, comme dans l'anurie hysté-

rique. Ou encore le réflexe se produit-il, comme Claude Bernard et Brown Sequard l'avaient démontré expérimentalement. Puisqu'il y a souvent par compression obstacle au cours normal, ralentissement, sinon arrêt, par suite augmentation de pression dans l'uretère et moindre élimination, ne serait-ce pas la résorption au niveau du rein, de toxines, cancéreuses peut-être ou autres, de substances excrémentitielles, si l'on veut, qui détermineraient dans certains cas le réflexe inhibitoire.

Tout ceci n'est que pure hypothèse. Nous devons encore rester dans la même incertitude si nous nous demandons comment agit ce réflexe ? Produit-il un spasme des vaisseaux ? ou au contraire une congestion intense ? Que nous importe d'ailleurs ? Tout ceci est d'intérêt purement théorique. Ce que nous devons retenir, c'est qu'il y a un réflexe comme on peut en observer, d'après Castaigne et Rathery, même dans les néphrites médicales. Que ce réflexe soit favorisé par des causes multiples, variables, avec les cas c'est encore possible, qu'il évolue sur un terrain très favorable, c'est certain. Partout, en effet, nous relevons des lésions de dégénérescence rénale, qu'elles soient produites par des toxines propres au cancer (Albarran et Imbert), ou dues à de l'infection surajoutée, qu'il s'agisse encore de néphrite ascendante si l'on veut, seraient-elles primitivement unilatérales et agiraient-elles selon l'hypothèse de Pousson par l'intermédiaire du plexus solaire sur l'autre rein sympathisé d'un façon analogue à ce qui se passe dans l'ophtalmie sympathique.

CHAPITRE III

Symptômes.

Nous n'avons pas l'intention, dans ce chapitre, de venir décrire ni définir ce qu'est l'anurie : ce syndrôme est aujourd'hui partout étudié, mais nous voulons montrer tout d'abord les caractères spéciaux sous lesquels il se présente quand il relève des néoplasmes pelviens et étudier ensuite les formes cliniques qu'il est susceptible de revêtir dans ces cas-là.

L'anurie, dans les cas dont nous poursuivons l'étude, nous semble le plus souvent prendre des allures tranquilles ne se déroulant jamais avec ce grand fracas, avec ce luxe de réactions violentes qui éclatent parfois si bruyamment dans certains maux de Bright et les néphrites aiguës. L'anurie, provoquée par les néoplasmes pelviens, évolue doucement, sourdement, à bas bruit; le malade quitte lentement et par degrés insensibles la vie; c'est une existence qui se meurt sans secousse, le plus souvent sans délire, presque jamais avec convulsions. Souvent même, nous en sommes persuadés, cette complication survenant sur des malades cachectiques, affaiblis, misérables, passe inaperçue à l'entourage non prévenu et donne enfin au cancéreux un dernier coup de grâce dont on ne voit pas l'origine.

Ce qui domine chez l'anurique cancéreux, c'est cette sensation d'engourdissement, de lassitude générale,

physique et intellectuelle, cette sorte d'inappétence générale à la vie, cette torpeur, cet anéantissement complet, cette indifférence absolue à toute chose avec cependant l'intelligence conservée intacte, quoique somnolente. Voici quel est, pour nous, le type le plus commun qui se dégage de l'étude des quelques observations que nous avons résumées dans ce travail.

Mais loin de nous la pensée de vouloir le schématiser comme une pure vue de l'esprit, l'isoler ainsi des faits, le démembrer des observations sur lesquelles il repose, lui enlever, partant, sa valeur, pour ainsi dire toute sa physionomie clinique.

Nous voulons, au contraire, fouiller dans le faisceau de tous les cas que nous avons pu réunir, nous imprégner de leur esprit, dégager des faits eux-mêmes notre symptomatologie et en tirer notre description.

Les prodromes, les phénomènes du début, les phases de tolérance, le mode d'installation brusque ou progressif de l'anurie, tout cela nous semble relever bien plutôt du chapitre de l'évolution, caractériser surtout les formes cliniques et, par conséquent, pour rester fidèle au plan que nous avons adopté en tête de ce chapitre, ne doivent pas être étudiés dans ce paragraphe. Nous devons individualiser ici et tâcher de dégager un type clinique de l'anurie prise par conséquent à sa période d'état, quitte à en modifier les détails, forcément variables suivant les cas, mais qui n'altèrent pas complètement le tableau symptomatique général.

Nous allons passer en revue les différents accidents mentionnés dans le cours de nos observations, et si notre description en devient plus aride, elle aura tout au moins le mérite de reposer tout entière sur des faits.

Troubles circulatoires. — Sur les 30 observations où la description nous permet de rechercher ces symptômes, nous trouvons que dans 14 cas il n'est fait mention d'aucun trouble circulatoire et que dans 17 ils sont relatés. Nous pouvons donc dire qu'ils existent plus souvent que dans la moitié des cas.

Voyons comment ils se manifestent : *Une seule fois* par des *bourdonnements d'oreille* (obs. 17).

Une fois aussi par de la cyanose de la face (obs. 5).

Rarement par de l'*épistaxis* : *deux fois* seulement (obs. 3 et 7). L'épistaxis a toujours été répétée : deux fois dans l'obs. 7 et légère (obs. 7) ; également « les épistaxis furent légères « pour la plupart, répétées jusqu'à cinq fois » en 24 heures dans l'obs. 3. *Assez rarement aussi par de la congestion pulmonaire.* Trois cas : « Congestion pulmonaire » dans l'obs. 1. « A l'auscultation, on trouve une congestion pulmonaire étendue aux deux côtés de la poitrine (obs. 20). Enfin dans l'obs. 28 « râles sous-crépitants aux deux bases ; expectoration abondante ».

Les *modifications du pouls* sont essentiellement *variables :* On ne trouve « rien au cœur ni aux poumons, pas d'hypertrophie du ventricule gauche ; pouls d'abord à 80 et bon, plus tard irrégulier et faible » (obs. 6). Ailleurs il est « à 120 » (obs. 10). Une autre fois « tendu » (obs. 19) ; « fort, vibrant, rapide » dans l'obs. 20 ; « très lent, 50 fois par minute » (obs. 27) ; enfin « petit, fréquent » dans l'obs. 30. En tout 6 fois, son état est modifié d'une façon quelconque. Fréquemment, nous relevons de l'*œdème* de siège variable, parfois fugace et susceptible de se déplacer. C'est un léger

« œdème des membres inférieurs qui disparaît par le repos » (obs. 28) « seulement appréciable après quelques heures passées hors du lit » (obs. 3) et auquel succède un « œdème léger de la face dorsale des mains », de même les extrémités inférieures sont légèrement œdématiées » (obs. 20). 3 fois nous notons de l'œdème isolé de la face : « Face et paupières bouffies, mais pas d'œdème généralisé » (obs. 6). De même « bouffissure de la face » (obs. 10). Encore « œdème de la face » (obs. 28). Quelquefois, il y a un œdème assez marqué à la face et très peu marqué aux jambes » (obs. 13) et de même « la face était un peu bouffie ; il existait de l'œdème surtout aux membres inférieurs, mais peu marqué » (obs. 5). Enfin : « œdème des paupières et de la face et des membres inférieurs » (obs. 12).

Quelquefois il y a simplement une « légère tuméfaction des paupières » (obs. 21). Une fois on nota « l'œdème d'abord aux petites lèvres et aux membres inférieurs » (obs. 17).

Il devient d'ailleurs « généralisé et considérable » « coïncidant avec une atténuation des douleurs ». Ceci nous mène aux cas d'anasarque que nous retrouvons à l'obs. 19. « Œdème généralisé » et à l'obs. 31. « Légère anasarque ». Une seule fois, nous trouvons simplement noté « jambes enflées » (obs. 14).

Troubles dans les fonctions d'élimination. — Fréquents puisque sur 31 obs. examinées à cet effet, dans 9 seulement ils ne sont pas signalés (obs. 8, 9, 12, 18, 25, 26, 29, 31), ou comme dans l'obs. 9 : « La malade ne présentait aucune trace d'urémie..... la tolérance

était parfaite » et mieux encore dans l'obs. 31, où pendant 10 jours d'anurie « l'alimentation resta comme d'habitude ». Mais dans plus des deux tiers des cas, nous observons des désordres. Quels sont-ils ? C'est aux faits à le dire.

Le plus souvent il s'agit de troubles gastro-intestinaux. Le vomissement tient la première place parmi ce genre d'accidents. 15 fois nous le retrouvons (obs. 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 28, 30). Souvent il y a une « intolérance absolue (obs. 1 et 6). « La malade vomit tout ce qu'elle prend » (obs. 14). « L'inappétence est complète » (id.), « ils reviennent après chaque ingestion d'aliments » (obs. 21) ; ils sont fréquemment « incessants » (obs. 3, 6, 11). « Toutes les demi-heures nuit et jour » (obs. 13). « Continuellement » (obs. 28), se répétant avec « une opiniâtreté singulière » (obs. 3) ; accompagnés de nausées (obs. 6, 7, 16), survenant parfois 8 jours après le début de l'anurie qui dura ce temps-là « sans que la malade s'en trouve incommodée » (obs. 10), 11 jours après (obs. 15). Parfois ils « se font très difficilement après de violents efforts douloureux » (obs. 21) et « redoublent de fréquence et de violence » (obs. 30). Ils sont « alimentaires et aqueux » (obs. 17), « bilieux (obs. 7, 30), verdâtres, porracés » (obs. 30) ; ne contenant ni albumine ni urée (analyse du Dr Gaunet) (obs. 6) ; « alimentaires et glaireux sans exhaler d'odeur ammoniacale » (obs. 2) et néanmoins » examinés par le Professeur Wood », peuvent contenir « 6 gr. 6 d'urée pour 912 c. c. » (obs. 2). Viennent ensuite les troubles intestinaux notés 11 fois (obs. 4, 5, 6, 7, 15, 17, 19, 21, 23, 28, 30). On peut trouver le ventre tendu et doulou-

reux des « troubles rectaux » (obs. 17) et il va sans dire « pas d'appétit depuis longtemps » (obs. 17). Cependant le ventre quelquefois « n'est pas ballonné » « il est indolent » (obs. 21). Il survient de la « diarrhée » (obs. 4), qui peut être « continuelle » (obs. 28), « très abondante et séreuse » (id.), être précédée de « selles fétides, glaireuses » (obs. 7) et suivie de constipation (id.), ou au contraire succéder à la constipation (obs. 19), n'éclater que tardivement : « 15 jours après le début de l'anurie ». (obs. 15), ou tout à fait à la fin : « les deux derniers jours » (obs. 5). Dans d'autres cas nous voyons au contraire de la constipation : « Pas de selles pendant 4 jours » (obs.), elle est parfois « très opiniâtre » (obs. 21) et dura 8 jours (id.), quelquefois elle est « suivie de diarrhée » (obs. 19).

Pour en finir avec l'état du tube digestif, disons encore que la langue peut être « noirâtre » (obs. 23), « un peu sèche » (obs. 17), « très sèche » (obs. 3).

Avec cela « sa langue était noirâtre et il se plaignait de soif » (obs. 23). On note aussi des « ulcérations des lèvres et des gencives » (obs. 3) et l'on peut voir « l'intérieur de la bouche d'une rougeur livide » (obs. 30).

Du côté de l'appareil respiratoire, 6 fois nous constatons des troubles fonctionnels (obs. 5, 17, 19, 20, 24, 27). Ce n'est que de la « faiblesse respiratoire » (obs. 5), de la « gêne » (obs. 17), mais parfois la « dyspnée apparaît » (obs. 19) même avec de « violents accès » (obs. 20) et « pendant de longues heures la respiration a été bruyante et sifflante » (obs. 24), ou encore elle devient « bruyante, stertoreuse » (obs. 27).

Nous ne saurions, croyons-nous, quitter l'appareil respiratoire sans parler de l'haleine de nos malades.

Deux fois nous trouvons mentionnées ses altérations (obs. 2, 7).

Dans le premier cas elle « avait une odeur urineuse » (obs. 2). Dans le second « elle était infecte, odeur de poisson pourri » (obs. 7). Nous devons relater enfin l'état de la peau que nous avons retrouvé noté dans deux cas (obs. 4 et 6). Dans ces deux circonstances on nous présentait ses modifications comme identiques et constituées simplement par un état de sécheresse : « La peau devient sèche » (obs. 4 et 6).

Troubles nerveux. — Les plus fréquents, presque la règle puisqu'ils ne font défaut que dans deux cas (obs. 8 et 9), sur les 25 observations où nous avons pu les rechercher. Dans la première ils n'apparurent pas malgré une « anurie de huit jours » et dans la deuxième, nous pouvons même y lire cette description presque surprenante : « Depuis cinq jours elle était anurique : l'anurie était survenue brusquement et la malade ne présentait aucune trace d'urémie, *la tolérance était parfaite* ». Le détail des observations que nous allons faire maintenant au point de vue des troubles nerveux va confirmer le tableau symptomatique ordinaire que nous avons ébauché au début de ce chapitre, et qui, en somme, se résume en ceci : A savoir que l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens est de type tranquille et ne se déroule pas avec un bruyant cortège d'agitation et un grand fracas, mais que le malade meurt le plus souvent peu à peu, de façon progressive comme si sa provision d'énergie vitale et physique, plus qu'intellectuelle, s'épuisait et se consumait graduellement. Grâce donc aux

troubles nerveux spéciaux qui l'accompagnent d'une façon constante, le symptôme dont nous poursuivons l'étude, présente un caractère original et s'individualise pour ainsi dire, en se séparant de certains autres types d'anurie ; aussi nous excusera-t-on d'insister tout spécialement sur nos observations à ce sujet.

Sur 25 cas, les troubles nerveux se manifestent 17 fois par de la *dépression*, de l'*adynamie* ou du COMA. Il peut y avoir « absence de tout trouble intellectuel » (obs. 3) ; le malade peut être « tout à fait conscient de sa mort » (obs. 23), « répondre très bien aux questions qu'on lui pose » (obs. 21), conserver « sa connaissance jusqu'à la fin » (obs. 2), « demander du vinaigre et avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours s'affaisser et mourir » (obs. 21).

On peut constater quelques signes d'affaiblissement. Ainsi nous voyons une malade qui conserve « sa conscience parfaite jusqu'à la fin », mais « lorsqu'on excitait son attention » (obs. 5). Ailleurs, on voit « qu'il parle à peine » (obs. 21), « ne répond que lentement aux questions qu'on lui adresse » (obs. 30), « ne répond même à peu près rien » (obs. 12), ou est « plongé dans un état de torpeur dont on ne le tire qu'avec peine » (obs. 13), il peut être « impossible d'obtenir aucune réponse » (obs. 27), et ce n'est « qu'en la pinçant qu'elle laisse entendre quelques mots inintelligibles » (id.), mais « l'air hébété » (obs. 36) « peut se transformer en stupeur » (id.), « même en stupeur profonde » (id.) (obs. 6, 29).

Si on remarque parfois de l'insomnie, on voit plus fréquemment encore de la « somnolence » (obs. 7),

« très souvent la malade est assoupie » (obs. 2) et « sommeille continuellement « (obs. 13). Cet état est parfois plus prononcé et voici un sujet « dans le décubitus dorsal dans un état presque comateux » (obs. 20) et dans l'obs. 27 « tous les membres sont dans une résolution parfaite ».

« L'état comateux » se retrouve encore dans les observations 10 et 28, c'est dans « le coma profond » qu'on voit « s'éteindre lentement » la femme, dont est rapportée l'histoire à l'obs. 24. Ce que l'on retrouve à chaque instant ce sont des symptômes d'asthénie, d'adynamie, de dépression.

C'est une « grande sensation de faiblesse » (obs. 6) « qui augmente » (obs. 5), « de plus en plus » (obs. 30), devient « extrême » (obs. 30) est « rapide, dans les bras et dans les jambes, puis dans le tronc » (obs. 31) de sorte que « les jambes ne pouvant se refaire » (obs. 6) on voit « la malade demander des fortifiants » (id.)

Puis ces sujets « très affaiblis » (obs. 21) meurent « simplement par asthénie » (obs. 23), « s'éteignent lentement » (obs. 24) « par épuisement » (obs. 6), « par affaiblissement progressif » (obs. 7) », brusquement, sans secousse, sans convulsion » (obs. 3), à tel point « qu'on remarque seulement un peu de cyanose sur la face » (id.), en somme, ils meurent « tranquillement » (obs. 31). Si l'on peut parfois noter de « l'agitation » (obs. 29) et de « l'anxiété » (id.) et « de temps en temps des périodes d'agitation » (obs. 10) ou des « soubresauts des muscles » (obs. 5), ce qui domine dans la description c'est « l'état étonnamment calme » qui persiste même dans le délire comme nous aurons l'occasion

de le vérifier à l'étude de ce symptôme dans la belle observation d'Aran.

Mais 3 observations semblent à premier abord témoigner contre nos conclusions.

Elles portent les numéros : 6, 22, 8. Les symptômes nerveux y sont représentés par de l'excitation, par des convulsions même.

Voilà, nous dira-t-on, qui n'est plus de l'anurie de caractère tranquille.

Nous sommes toujours prêts à nous incliner devant les faits et à tirer d'eux seuls toutes nos théories, mais encore faut-il les analyser et les interpréter comme il convient. Dans le premier cas (obs. 6) nous notons : « Des convulsions généralisées » « cela à de fréquents intervalles » « . . . . . en tout, 30 accès . . . . . qui ont les mêmes caractères que ceux de l'urémie et de l'éclampsie puerpérale et séparés par des intervalles de coma ». Mais analysons attentivement cette intéressante observation si minutieusement rédigée par Farlow. Dès le début nous lisons que la malade est venue le consulter parce qu' « elle se croyait enceinte » et cela surtout à cause de troubles digestifs et Farlow écrit : « Pas de grossesse . . . . . Examiner les urines ». Et l'opinion du médecin était fondée, le diagnostic était juste, que trouve-t-on en effet à l'examen ?

« Des urines de couleur pâle, de réaction acide, d'une densité de 1010, de la polyurie avec de l'*albumine* en *proportion notable*, des éléments épithéliaux, de la dégénérescence granuleuse, du pus, et quelques formes hyalines et granuleuses. On fit le diagnostic de *mal de Bright*. Quoi d'étonnant maintenant de retrouver des accidents de

maux de Bright chez cette malade, et est-ce son cancer utérin qui doit faire taire ses lésions rénales ?

Mais il y a mieux et ce dernier fait est sans réplique. Poursuivons la lecture.

En novembre, 4 jours d'anurie sans accidents convulsifs, ni d'excitation.

Le 15 décembre anurie de la même façon.

Le 23 décembre, troisième crise d'anurie tolérée 8 jours !

La nouvelle analyse d'urine à laquelle on procède le 26 décembre confirme absolument celle du 29 octobre.

Le 27 décembre nouvel examen, albumine encore.

Et c'est alors le 28 décembre que nous voyons survenir les accidents convulsifs qui ont « les mêmes caractères que ceux de l'urémie et l'éclampsie puerpérale ». Mais, c'est ici qu'est le fait paradoxal et vraiment curieux auquel nous faisions allusion plus haut et qui nous aurait dispensé même d'invoquer le mal de Bright comme pathogénie de ces accidents c'est que, au moment de ces accidents convulsifs, la malade n'était pas en anurie, écoutons l'observation : « il s'écoule deux quarts d'urine dans les 12 heures qui précèdent les convulsions et dans la journée d'abondantes quantités passèrent involontairement ». Non seulement donc la malade n'est pas une anurique, mais encore « elle a de l'incontinence d'urine » : Et ce seraient les accidents qui ont accompagné l'incontinence que nous devrions décrire comme symptômes de l'anurie ? Evidemment non ! Et qu'on ne croie pas qu'il s'agisse d'un hasard ! Nous poursuivons encore la lecture de cette fort instructive observation.

« A partir du 9 janvier, anurie nouvelle » et... alors que voyons-nous ?

« Sensation de faiblesse et... mieux » !

Le 18 janvier, accès de convulsions qui éclate vers le matin, mais il y avait eu « émission de 2 quarts 1/2 d'urine dans la soirée et dans la nuit, et d'un quart dans la journée. Tous ces accès de convulsions n'éclatent donc jamais dans une phase d'anurie, au contraire ils sont toujours précédés et suivis d'émission d'urine quand cela ne va pas jusqu'à l'incontinence ! Et, d'ailleurs, l'anurie reparaît à nouveau le 29 janvier et, à nouveau, nous retrouvons « grande faiblesse » et enfin « mort par épuisement ».

Voilà donc une observation qui, après lecture complète et raisonnée, nous donne, au contraire, un cas de plus et fort intéressant d'anurie de caractère tranquille, on aurait presque envie de dire sédatif, puisque l'anurie coïncide toujours avec une phase d'accalmie.

Si nous lui comparons l'observation 28, nous y retrouvons quelques points de ressemblance et la malade a alternativement « des convulsions et du coma » ; mais si nous ne trouvons pas de phases d'anurie tranquille chez la malade de M. Merklen, comme chez celle de M. Farlow, nous remarquons que « les urines étaient albumineuses » et que l'on retrouvait chez cette malade depuis la congestion pulmonaire jusqu'aux douleurs lombaires les signes du brightisme qui, il nous le semble, paraît être incontestablement ici aussi la cause des convulsions. Reste donc seulement la malade de M. Legueu (obs. 22) qui « une nuit fut prise brusquement de convulsions toniques et cloniques » et chez qui, d'ailleurs, aucune analyse d'urine antérieure n'avait été faite.

Celle-ci donc, nous devons l'admettre, la considérant

alors comme une de ces exceptions qui n'altèrent pas une description et ne sauraient en aucun point la modifier au point de vue clinique si l'on songe à sa rareté.

C'est la seule probante, en effet, que nous ayons pu relater de ce caractère dans la lecture de toutes nos observations ; acceptons-là donc comme une pièce curieuse, fort intéressante, mais incapable, croyons-nous, de renverser le type de cette anurie tranquille, bâti de tout un faisceau de faits cliniques, reposant sur tout une série d'observations et que nous nous sommes efforcés de dégager simplement de nos constatations.

En examinant maintenant *le délire*, nous allons encore trouver une nouvelle confirmation de notre opinion :

Lorsqu'il existe, et c'est loin d'être constant puisqu'il n'est relaté que 5 fois (obs. 1, 6, 18, 20, 25). Sur 25 cas ce « délire » (obs. 25) qui peut être « diurne et surtout nocturne » (obs. 1), est rarement accompagné « d'excitation » (obs. 6) et nous pouvons le décrire par ces quelques lignes de l'observation 18 « il était apyrétique, calme et tranquille, la malade ne poussait aucun cri et n'essayait pas de se lever, elle se bornait à parler seule, presque à voix basse, et ne dormait pas ». En somme, ce n'est jamais qu'un « délire de paroles » (obs. 20). Signalons maintenant quelques modifications pupillaires notées 5 fois sur 25, soit dans un cinquième des cas. Le plus souvent il s'agit de « dilatation » (obs. 10, 13, 9, 27), qui peut se produire « légèrement » (obs. 10) « également » (obs. 27) et les pupilles *peuvent même devenir* « insensibles à l'action de la lumière. Enfin, dans deux cas, au contraire, « les pupilles sont rétrécies » (obs. 31), il y a myosis (obs. 19), 4 fois (obs. 6, 7, 10, 16).

Nous rencontrons, signalée la « céphalée » qui peut être simplement de la « lourdeur de tête » (obs. 7) et dans l'obs. 21 il y a eu du « hoquet ». Nous terminerons notre description par l'étude de l'état de la température qui, dans près de la moitié des cas, est modifié (10 fois sur 25 (obs. 4, 6, 7, 10, 13, 15, 24, 25, 30, 31). Nous observons des « phénomènes fébriles » (obs. 4), de la « fièvre » (obs. 2) qui peut rester « légère » (obs. 3), au contraire, une « température qui ne dépasse pas 37°8 » (obs. 15), mais peut rester toujours élevée » (obs. 15), que nous voyons atteindre « 38° » (obs. 10).

Assez souvent nous voyons des phénomènes opposés : « nous observons un refroidissement progressif du corps très marqué, augmentant de plus en plus à mesure que l'agonie se prononce » (obs. 24). « Les pieds sont froids, la malade garde une bouillotte » (obs. 6) et s'il y a « sensation de chaleur interne » (obs. 7), « la température axillaire s'abaisse néanmoins et varie de 37° à 36°3 » (id.), on la voit même tomber d'un degré au-dessous de la normale (obs. 31). Nous pouvons résumer ces quelques lignes en disant que dans 6 cas il y a hypertermie (obs. 4, 10, 13, 15, 25, 30) et dans 4, au contraire, hypothermie (obs. 6, 7, 24, 31). Nous en avons fini avec l'exposé des symptômes et il nous est maintenant permis de comparer ce syndrome avec ceux des divers autres types d'anuries. Tout de suite, nous sommes frappés de l'analogie et de la ressemblance considérable qu'offre notre type d'origine cancéreuse avec celui qui relève de la lithiase. Si nous lisons la thèse de M. Merklen (Paris, 1880), selon la judicieuse remarque de M. Albarran (*Traité de chirurgie*, Le

Dendu, Delbet, t. VIII, p. 916), « encore aujourd'hui le travail le plus complet sur l'anurie ». Nous y trouvons un tableau symptomatique de l'anurie calculeuse en tous points comparable à celui qui relève de l'objet de notre travail. Même tolérance, même « état d'euphorie parfaite » (Eger) durant quelques jours parfois et pendant la période d'intoxication ou d' « urémie », comme l'appelle M. Merklen. Troubles circulatoires, accidents d'élimination, accidents d'empoisonnement qu'on peut retrouver exactement au cours de l'analyse de nos observations. Citons, d'ailleurs, la description que M. Albarran donne de cette période dans son excellent article du *Traité de chirurgie,* de Le Dentu et Delbet, t. VIII, p. 920.

« Elle débute souvent par des symptômes nerveux ou digestifs, puis surviennent des troubles généralisés à tout l'organisme. La *céphalée,* l'inquiétude morale, l'insomnie existent déjà à la fin de la période de tolérance, puis surviennent des *tressaillements* musculaires de fâcheuse signification, sur lesquels Roberts a beaucoup insisté : ces soubresauts des muscles de la face, des membres ou du tronc débutent souvent pendant le sommeil. A côté de ce symptôme, le plus important de tous est le rétrécissement de la pupille, qui devient punctiforme, insensible à la lumière. Lentement l'intelligence devient paresseuse, le malade est indifférent à tout et se trouve plongé dans une sorte de torpeur dont on ne le fait sortir qu'en l'interpellant. Parfois cette torpeur est interrompue par des mouvements d'agitation et peut s'accompagner d'un délire généralement tranquille. Parfois, on note des convulsions,

Les phénomènes d'ordre digestif ouvrent souvent la période d'intoxication : c'est le hoquet, ce sont des vomissements qui empêchent de garder tout aliment et qui déterminent une soif intense. La constipation est de règle, et rarement on voit de la diarrhée. Parfois ce dernier symptôme prend un caractère critique et annonce la fin de la crise d'anurie.

Pendant que ces phénomènes se déroulent, la température s'abaisse jusqu'à 35°5 ou 36° ; le pouls, qui était déjà lent, devient irrégulier, et la dyspnée fait des progrès ; la respiration est lente, embarrassée, s'accompagnant d'une sensation pénible d'étouffement ; parfois elle prend le type de Cheyne Stokes ; plus souvent encore on voit survenir des accès de suffocation ».

Qu'on veuille bien nous permettre de citer encore quelques lignes, cette fois empruntées à M. Merklen, et qui s'appliquent si bien aussi à l'anurie des cancéreux :

« Ce qui domine, dit-il, dans l'aspect du malade, c'est l'anéantissement complet » ; et plus loin encore ceci : « Le malade est indifférent et comme absorbé ». Voilà, je crois, la note sur laquelle nous avons également tant insisté dans notre description et dont nous avons voulu faire le caractère dominant de notre anurie.... Aussi, maintenant que nous avons rigoureusement démontré ressemblants nos deux syndromes cliniques, nous pouvons nous servir d'un autre passage du travail de M. Merklen pour faire au contraire ressortir les dissemblances qui séparent l'anurie par cancers pelviens de l'anurie d'origine rénale proprement dite. « Ce n'est pas, dit-il, l'anurie à grand fracas de la néphrite aiguë et de certaines formes de mal de Bright. Ce sont des acci-

dents peu alarmants en apparence, quelques troubles nerveux, un affaiblissement progressif, une intolérance croissante du tube digestif, et le malade meurt souvent avec toute son intelligence, sans convulsions, sans coma ».

Comme nous sommes loin, en effet, de ces néphrites médicales avec leurs accès de délire, de manies de persécution qui ont conduit nombre de brightiques à se voir traiter comme des aliénés, leurs signes de cardio-aortisme, leur coma précoce et leurs convulsions si fréquentes alors qu'elles ne se retrouvent qu'une fois dans le cours de nos observations ! Et surtout quelle tolérance chez les malades qu'on peut voir « anuriques pendant 10 jours », et conservant avec cela une « alimentation comme d'habitude » (obs. 31). Nous avons jusqu'ici étudié les symptômes à la période d'état, mais notre chapitre serait incomplet si nous n'examinions maintenant leur mode d'apparition, leur évolution et leur terminaison. Grâce à des modifications parfois profondes qui se produisent dans ces différents processus, nous devons scinder notre étude en plusieurs chapitres et grouper les observations en divers faisceaux de même ordre dont chacun constituera par son mode original d'évolution ce que nous appellerons une forme clinique.

Or, consultons les classiques et voyons ce qu'ils nous apprennent à ce sujet. Dans la 13e édition de 1901 du *Manuel de pathologie interne*, de M. Dieulafoy, nous lisons (p. 218, t. III) : « Il y a une anurie due à une compression de l'uretère par une tumeur abdominale ou pelvienne ; cette anurie a pour caractère de se faire lentement, par diminution graduelle et progressive de la sécrétion urinaire avec production d'hydronéphrose ».

Nous n'avons pas en ce chapitre à discuter la question de l'hydronéphrose qui relève de l'anatomie pathologique, mais simplement celle de l'appareil symptomatique.

Or, M. Dieulafoy ne lui reconnaît qu'une façon de se produire, à savoir d'une façon graduelle et progressive. L'exposé que nous allons faire des différentes variétés va nous montrer à l'instant que l'anurie consécutive a des signes d'urémie et loin d'être la règle.

Mais poursuivons nos recherches. Dans le *Traité de chirurgie,* de Le Dentu et Delbet, t. VIII, p. 928, nous trouvons aussi que « l'obstruction dans le cancer de l'utérus est incomplète et progressive et aboutit à la production d'une double hydronéphrose.... L'insuffisance rénale se marque d'abord par une anurie progressivement complète ». Nous y voyons seulement « que dans des cas plus rares un cancer utérin jusqu'alors latent se manifeste brusquement par une anurie complète ». Mais « dans les cas les plus ordinaires, les phénomènes urémiques gastro-intestinaux ouvrent la scène ; puis viennent les phénomènes nerveux, etc... ».

Dans le *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert, t. V, p. 563, article Anurie, par E. Janselme, nous pouvons relever cette description de l'anurie cancéreuse où il n'est même pas fait allusion aux cas d'anurie d'emblée pourtant si fréquents, comme le démontrent nos observations : « L'anurie cancéreuse est précédée d'une période de stase qui facilite l'infection ascendante des reins. Au moment où l'urémie s'installe, les malades sont déjà des urinaires, comme semble le prouver la prédominance des signes gastriques dans le tableau cli-

nique. Ce sont souvent les vomissements, la fétidité de l'haleine qui annoncent la suppression des urines ; quelquefois le premier symptôme est une sédation des phénomènes douloureux, puis surviennent l'hypothermie (36°5, 35° même) et le coma qui se termine par la mort. Exceptionnellement l'anurie survient au début même de l'affection cancéreuse et revêt l'aspect de l'obstruction calculeuse ». Enfin, dans le *Manuel de Médecine*, de Debove et Achard, t. VI, p. 793, article Anurie, de M. Courtois-Suffit, nous ne voyons aucune allusion à la forme anurique d'emblée chez les cancéreux. Tout ce que nous pouvons relever comme y ayant le plus trait est contenu dans le chapitre de la pathogénie. Nous y lisons que « dans des cas infiniment plus rares.... on voit un cancer du col s'annoncer brusquement par des phénomènes urémiques, l'oblitération urétérale se faisant brusquement... ».

Après cette revue de ces quelques livres classiques, nous nous croyons autorisés à insister sur les formes cliniques de l'anurie cancéreuse et à attirer tout particulièrement l'attention sur celle que nous allons décrire sous le nom d'anurique d'emblée. Cette forme est fréquente, nous allons le démontrer bientôt, peu connue jusqu'à aujourd'hui et non décrite, on peut le constater, dans les œuvres classiques.

Nous pouvons grouper nos observations sous trois chefs principaux à savoir :

1° Les cas où l'anurie est consécutive à des phénomènes d'urémie ;

2° Ceux où elle éclate d'emblée et cette catégorie contient une sous-classe que nous appellerons la forme anurique des néoplasmes pelviens ;

3° Les cas où l'anurie s'installe puis disparaît et parfois après plusieurs alternatives successives d'apparition et de disparition mène le malade à la mort, terminaison qui n'est pas absolument fatale, la rémission pouvant être définitive, ce qui nous donne une sous-classe qui comprend les faits avec guérison. Nous allons donc grouper maintenant nos observations d'après notre division et nous croyons que la meilleure description que nous pouvons donner de chaque forme clinique sera de citer pour chacune d'elle un passage typique pris dans une observation qui en relève. Donc trois formes cliniques :

1° Anurie terminant une urémie plus ou moins longue ;

2° Anurie d'emblée ;

3° Anurie rémittente.

1° Anurie terminant une urémie plus ou moins longue. — Les observations qui rentrent dans ce cadre sont nombreuses et s'élèvent à la proportion de 12 sur 22. Nous laissons de côté les cas qui rentrent dans notre troisième groupe. Elles portent les numéros 2, 3, 4, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24). Nous empruntons un passage à l'Observation n° 2 qui donne une bonne démonstration de notre définition (obs. 2). « Depuis 6 mois, mictions fréquentes et parfois défécation douloureuse. Pendant 3 semaines, soif vive, polyurie et démangeaisons sur les bras et à l'anus. Temp., 39°8 ; pouls : 120 ; respiration, 26, puis vient un jour où, dans les 24 heures, la malade urine seulement 16 onces. A l'examen, le Professeur Wood trouve l'urine pâle, d'une densité de 1008 1/2 de réaction neutre, avec faible trace

d'albumine, un peu de sang et du pus. Le 15, la sonde ramena une once d'urine et depuis pendant les six derniers jours de sa vie, il ne s'écoula plus d'urine ». Voilà un cas où nous pouvons constater l'installation progressive des symptômes, leur apparition successive et la période lointaine de leur début... Ce mode d'évolution si lent se retrouve plusieurs fois avec des signes différents, témoin les observations 14, 19, 13. Parfois, nous observons un riche cortège de symptômes précurseurs de l'anurie « des phénomènes d'urémie...., la peau sèche, les urines fortement ammoniacales, troubles gastro-intestinaux, diarrhée, phéno-fébrile » (obs. 3), ou encore « oligurie, céphalée, nausées et enfin... anurie » comme dans l'observation 16. Quelquefois même le tableau est encore plus complet (obs. 20). D'abord « les urines sont claires et peu abondantes » « délire de paroles, violent accès de dyspnée » puis « état presque comateux, respiration fréquente, pouls fort, vibrant, rapide, extrémités inférieures légèrement œdématiées et enfin, pour clore la liste : « Congestion pulmonaire aux deux côtés de la poitrine, anurie ». Si nous voyons assez souvent le début se faire par des phénomènes gastro-intestinaux, l'appétit diminué, capricieux depuis deux mois, vomissements, constipation opiniâtre comme dans l'observation 21, nous le voyons aussi s'annoncer par des « températures remarquablement basses » (obs. 24). On observe d'une façon presque constante des troubles de l'urination. En général « elle devient très rare avant de cesser complètement » (obs. 31). Elle est « irrégulière et peu abondante » ou les « mictions sont fréquentes » et enfin survient « l'anurie » (obs. 15).

Enfin, dans d'autres ces, l'urémie a des allures plus frustres et nous voyons qu'il n'existe qu'un « très léger œdème des membres inférieurs disparaissant par le repos.... » (obs. 2) et ce n'est que plus tard que la malade fait remarquer « qu'elle urine à peine » (id.) pour en arriver au moment où les urines « se suppriment totalement » (id.).

Anurie d'emblée. — Le titre seul est une description ; dans ce cadre rentrent tous les cas où l'anurie est le premier symptôme observé en dehors de ceux relevant de la lésion causale.

Les cas qui rentrent dans ce groupe sont au nombre de 10. Ils portent les numéros des observations 8, 9, 10, 11, 12, 18, 22, 23, 25, 26, 27. Contrairement aux descriptions classiques, nous le rappelons ici, on voit qu'ils existent en assez grand nombre, puisqu'ils représentent presque la moitié des cas (10/22). Ici nous ne citerons pas d'observations puisque leur caractéristique, c'est l'absence de tout phénomène, c'est l'entrée brusque dans la période d'état, laquelle nous avons précédemment étudiée. Non seulement l'apparition de l'anurie peut être brusque, mais si nous l'avons vue à l'étude symptomatique compatible avec une longue période de tolérance, quelquefois même ayant l'air d'amener comme des phénomènes sédatifs, elle est capable, en revanche, de déterminer un dénouement brusque, une mort tellement rapide qu'on peut l'appeler subite et qu'elle semblerait pouvoir même être capable d'intéresser la médecine légale. Nous n'en voulons pour preuve que ce passage de l'observation n° 27 emprunté à la belle clinique de M. Aran et rapportée en 1863 dans la thèse d'agrégation de M. Fournier :

« Une vieille femme cachectique tombe subitement sur le trottoir ; on la place dans notre service, elle est sans paralysie aucune, mais dans un coma profond. On ne peut en tirer aucune parole et elle succombe quelques instants après ».

Dans le groupe de l'anurie d'emblée, rentre encore ce que nous appelons une sous-classe de faits, fort intéressants, peu étudiés jusqu'à ce jour, et dont nous allons parler sous le titre de « forme anurique des néoplasmes pelviens ». Les observations qui justifient ce titre portent les numéros 7, 10, 12, 22 et 35.

Dans la première (que nous retrouverons dans un instant d'ailleurs, au groupe suivant), la malade de M. Debove et Dreyfous n'avait jamais eu que « des douleurs vagues depuis quelques mois » puis elle a une « première attaque d'anurie » et finit par mourir sans qu'on ait posé le diagnostic de néoplasme utérin, bien qu'un élève du service ait pratiqué le toucher vaginal et d'ailleurs déclaré n'avoir rien trouvé d'anormal.

Dans la deuxième (n° 7), la malade de M. Chavannaz a bien eu « des pertes sanguines qui ont cessé d'ailleurs et ont été remplacées par de la « leucorrhée » mais quand on l'amène à l'hôpital on donne pour seul renseignement « qu'elle n'a pas uriné depuis trois jours » « du reste, c'est une femme encore vigoureuse ». Nous retrouverons tout à l'heure aussi cette observation.

Dans l'observation n° 12 rapportée par Laboisne, dans sa thèse de Bordeaux 1898-1899 et empruntée à M. le Professeur Jaboulay nous lisons :

« La malade fut apportée à midi 1/2... et ne répondait à peu près rien ; nous ne pûmes dans notre interro-

gatoire lui arracher que ces paroles : « Je n'ai pas uriné depuis six jours ».

Dans l'observation 35 le malade à son entrée à Necker était anurique. A l'examen, on ne trouva rien capable d'expliquer son état. Le toucher rectal combiné au palper ne décela rien de particulier. Et cependant il y avait un néoplasme vésical qui se révélait donc uniquement par le syndrome de l'anurie.

Mais nous croyons devoir citer textuellement l'observation 22, car à elle seule elle suffit comme la meilleure description que nous puissions donner : elle schématise le genre et en représente le type parfait.

Obs. 22. — (2e observation). — Legueu, *Leçons de Clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu*, 1901.

Dans un service de médecine où j'étais interne il y a quelques douze ans, une femme d'une trentaine d'années était soignée pour anémie ; son teint jaune paille, la décoloration des conjonctives, les signes cardio-pulmonaires, tout cela ressemblait à de la chlorose et aucune localisation n'avait fixé notre attention lorsqu'une nuit la malade fut prise de convulsions cloniques et toniques. J'eus l'idée alors de toucher cette malade : elle avait un cancer utéro-vaginal étendu à toute la partie supérieure du vagin et aux ligaments larges. Je reconnus de suite l'erreur : je sondais la vessie, il n'y avait pas d'urine. Les reins étaient un peu augmentés de volume. La malade mourut dans cette première crise et je trouvais à l'autopsie les deux reins hydronéphrosés et les deux uretères comprimés par le néoplasme dans la traversée vaginale.

On nous permettra donc de remarquer combien cette forme est importante à bien connaître pour qu'on puisse dépister ce qu'elle cache et instituer aussitôt le traitement rationnel dont nous parlerons plus tard et qu'il

faut appliquer d'urgence dans ces cas là. L'anurie n'est pas d'un diagnostic difficile dira-t-on, il suffit de constater l'état de vacuité de la vessie. Evidemment, pour lui comme pour bien d'autres d'ailleurs, y songer c'est le poser. Mais il ne suffit pas de relever ce symptôme, car l'anurie n'est qu'un symptôme, mais encore il faut savoir de quelle étiologie masquée, déguisée, silencieuse et frustre, jusque-là malgré sa gravité il peut relever, Ce qu'il faut bien savoir, c'est que des femmes traînent des cancers utérins sans s'en inquiéter, sans même se croire atteintes d'aucune affection utérine et qu'elles viennent consulter pour anurie. Quel est le phénomène qui préoccupe la malade de M. Jaboulay : « Je n'ai pas uriné depuis 8 jours, s'écrie-t-elle ! » et c'est toujours tout ce qu'on peut tirer de son interrogatoire.

Pourquoi amène-t-on à l'hôpital la malade de M. Chavanaz ; ce n'est point pour quelques vagues pertes sanguines ou une leucorrhée ; la femme est certes trop robuste encore pour s'inquiéter de ces symptômes mais c'est parce qu' « elle n'a pas uriné depuis 3 jours ». C'est encore pareil pour la malade de MM. Debove et Dreyfous qui n'a jamais eu que de « vagues douleurs lombaires » et qui est surprise pour ainsi dire en pleine santé par « une attaque d'anurie » comme le dit l'observation.

Mais surtout combien est instructive, cette observation de M. Legueu. Voilà une jeune femme dans un excellent milieu d'observation, examinée par des cliniciens expérimentés et que lui trouve-t-on ? De la chloro-anémie ! Et on continue à la soigner sous ce diagnostic tandis que toujours sourdement, à bas bruit, évolue la terrible

lésion qui va, d'une façon si subite, si dramatique, terminer son existence ! Et ce n'est presque que par hasard que M. Legueu « eut l'idée de toucher la malade » ce qui immédiatement lui révéla toute la pathogénie des accidents. Ceci nous montre l'importance que nous devons attacher à cette forme et tout l'enseignement que nous ne devons pas manquer d'en retirer. Dans un examen de malade, nous devons toujours interroger l'état de la fonction urinaire et nous rappeler que poser un diagnostic n'est pas simplement constater un symptôme, qu'avoir découvert l'anurie n'est rien, mais qu'il faut en connaître la cause, que cette cause ce peut être un néoplasme pelvien et que le savoir, c'est par suite opérer, opérer d'urgence, et ravir à une terrible et parfois foudroyante complication l'existence qui nous est confiée.

Passons maintenant à l'étude de notre dernier groupe d'anurie, soit :

3° Anurie rémittente. — Il repose sur l'analyse des 7 observations dont les numéros suivent : (1, 5, 6, 7, 28, 29, 30). Ce sont les observations numéros 6 et 30 qui nous présentent les cas de plus nombreuses intermittences. Dans la première nous lisons : « Dans les derniers jours de novembre, 4 jours d'anurie ». Au 15 décembre « anurie de nouveau », mais la sécrétion se rétablit une seconde fois et « d'abondantes quantités d'urine passent même involontairement », pour la troisième fois il y a de l' « anurie du 8 au 15 janvier ».

Nouvelle reprise de la fonction et quatrième suspension le 29 janvier qui, cette fois, amène la mort le 30. Dans la deuxième observation qui porte le numéro 30, nous

voyons notée en date du 5 juillet une anurie qui dure 6 jours et est suivie de pollakiurie, mais avec minime quantité d'urine émise.

Une seconde fois « les urines manquent complètement et cela pendant 21 jours », la malade va même succomber quand elle urine un demi verre et la miction peut s'opérer du 4 au 16 août où à nouveau elle se suspend pour cette fois déterminer la mort le 17 ! Ici encore il y a donc eu 3 fois suppression d'urine avant que l'anurie soit définitive.

Nous ajouterons d'ailleurs, que ces intermittences peuvent être moins nombreuses. On note, comme dans l'observation 1, « une anurie depuis 5 jours » puis « une débâcle urineuse assez abondante » et une nouvelle « reprise de l'anurie « qui amène la mort ».

Jusqu'ici nous avons vu, en somme, une « anurie d'abord intermittente, puis définitive ». Il est des cas rares, il est vrai, où la malade ne meurt pas de cette anurie et où, par suite des circonstances qui entourent son évolution, elle semble, tout au moins, avoir disparu de façon définitive.

Ce sont ces cas-là qui forment la sous-classe dont nous avons annoncé la description sous le nom « d'anurie avec guérison ». Elle repose sur la lecture des observations numéros 7, 28, 29.

Dans la première, après une phase d'anurie de 17 jours, « les urines reparaissent » jusqu'à la mort, puisque la veille encore la malade avait émis « 148 gr. d'urine ».

L'observation 28, nous devons le reconnaître, est moins probante. Il y a eu d'abord « 3 jours d'anurie »,

les jours suivants la fonction a repris d'abord avec émission de 120 à 200 grammes; puis, jusqu'à « près d'un litre », époque à laquelle « la malade sort ». Comme elle n'a pu être suivie, on peut nous objecter évidemment que nous ignorons si la miction n'a pas cessé à nouveau et déterminé la mort. . C'est possible en effet, et alors nous pourrions faire rentrer ce cas là dans la classe précédente au lieu de le compter comme une guérison. Mais en revanche, l'observation 29 est indiscutable : « Il y a 7 jours » de suppression en effet, puis « l'urine reparaît et est rendue normalement pendant les quatre semaines que la malade vit encore ».

Voilà notre description qui est absolument complète par la citation de ce simple passage.

Maintenant que nous en avons terminé avec l'étude symptomatique et clinique de l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander à quoi tiennent les différences si profondes qui la séparent dans ses caractères et ses allures de l'anurie qui survient au cours des néphrites médicales.

Pourquoi donc tant de différences pour ce qui semble en somme relever toujours d'un même mécanisme ? Et qu'importe sa nature ? Qu'importe son siège à l'orifice de l'uretère dans la vessie, sur l'uretère dans son parcours ou au niveau du glomérule lui-même ?

Nous ne saurions, croyons-nous, mieux faire que de rapporter le récent exposé de la question que Léon Bernard a publié dans sa thèse de Paris de 1900, avec ses recherches personnelles. Ceci nous permettra, après avoir fait un exposé analytique des symptômes d'en faire le classement physio-pathologique.

Nous lisons, en effet, page 123, dans le paragraphe intitulé : « De la sécrétion interne du rein » : Brown-Séquard démontre l'existence d'une sécrétion rénale interne par 3 catégories de faits :

1° La néphrectomie double expérimentale permet d'étudier les effets de l'abolition des deux sécrétions externe et interne ;

2° Dans les altérations rénales par néphrite, ou quelqu'autre processus qui atteignent la presque totalité de l'organe, la sécrétion externe persiste plus ou moins et nombre d'observations prouvent qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre les phénomènes urémiques qui existent dans ces cas et la quantité ou la composition de l'urine. D'après cet auteur, la sécrétion interne est, au contraire, modifiée plus ou moins profondément et ce sont ces modifications qui engendrent ces phénomènes ;

3° Enfin, dans les cas d'anurie complète, la sécrétion externe fait défaut alors que la sécrétion interne n'est pas atteinte, car le parenchyme rénal reste normal, il n'y a pas d'urémie. Ce savant analyse longuement les cas connus d'anurie et oppose à l'absence d'urémie qu'on y trouve, l'urémie qui succède aux néphrectomies expérimentales ; il ajoute que dans ces conditions, l'urémie disparaît si l'on injecte du suc rénal dans le sang des animaux néphrectomisés.

Enfin, il conteste la similitude que le Professeur Bouchard a alléguée entre les phénomènes urémiques et les injections expérimentales.

De plus, Albarran et L. Bernard ont « cherché à voir si la mort était également rapide après l'extirpation des reins qui supprimait les fonctions rénales totalement

qu'après la double ligature urétérale qui ne suspendait que la sécrétion externe » et « il ressort de ces expériences que les animaux néphrectomisés meurent en moyenne 2 fois plus vite que les animaux ligaturés » et L. Bernard en arrive à ce point de pouvoir attribuer aux reins 2 fonctions : une fonction externe constituée par l'élimination urinaire qui nous est connue actuellement dans presque toutes ses parties, et une *fonction interne* encore obscure aujourd'hui, mais dont l'existence ne lui paraît pas douteuse.

Aussi finit-il, comme conclusion, par décrire dans les affections rénales, 2 syndromes : un premier syndrome qu'il suppose lié à l'insuffisance des fonctions internes du rein et caractérisé par de l'œdème et de l'albuminurie. Un second qu'il appelle syndrome d'imperméabilité et relevant de l'insuffisance externe du rein.

Leur réunion fréquente dans les néphrites médicales mène à l'insuffisance rénale qui, associée à l'insuffisance fonctionnelle d'autres organes, détermine enfin l'urémie.

Dans les anuries que nous étudions, nous ne devons, au contraire, avoir à faire uniquement qu'au syndrome d'imperméabilité rénale.

Voilà où réside l'explication de ces longues périodes de tolérance que nous avons si fréquemment observées pendant des huit jours (obs. 6), des 3 semaines même (obs. 30), pour ne citer que ces cas-là ; voilà l'origine, croyons-nous, de ce caractère particulier de l'anurie cancéreuse sur lequel nous avons si longuement insisté au début de ce chapitre qui lui donne une symptomatologie si comparable à celle de l'anurie calculeuse.

Huit observations réalisent à l'état de pureté le grou-

pement clinique que Léon Bernard a détaché de l'ensemble symptomatique des néphropathies sous le nom de syndrome d'imperméabilité rénale (obs. n°s 1, 4, 12, 18, 21, 23, 25, 30). Toutes appartiennent d'ailleurs à la forme tranquille.

Au contraire, dans les 17 observations qui portent les n°s 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 24, 29, 31, nous retrouvons à l'état d'isolement ou d'association l'œdème et l'albuminurie, symptômes que Léon Bernard a supposé relever de troubles de la fonction interne. Le plus souvent ils sont accompagnés des signes propres à l'imperméabilité (15 fois).

Dans ces 17 observations, 13 fois l'anurie a revêtu des allures tranquilles, 6 fois il y a eu des alternatives de convulsions ou d'agitation et de forme tranquille.

Il semblerait donc ressortir de nos constatations qu'il n'y a pas de symptômes d'agitation, d'excitation ou de convulsion, là où on ne signale pas ceux qui sont d'après l'hypothèse de L. Bernard, liés au syndrome de la fonction interne. Cette coïncidence nous amènerait donc à considérer les accidents convulsifs comme faisant partie de ce syndrome, par suite nous en arriverions à lui rapporter l'observation (n° 22) de Mr Legueu, où on nota seulement des convulsions toniques et cloniques. Tout ceci bien entendu n'est émis qu'à titre de pure hypothèse.

Mais la présence de tous ces symptômes semble, à première vue, contredire l'opinion que nous émettions plus haut et dans laquelle nous disions que nous devions seulement trouver des anuries représentant le syndrome d'imperméabilité. Nous devons donc fournir une justification immédiate, et c'est aux constatations anatomo-pathologiques que nous allons faire appel pour cela.

Pour chaque cas, en effet, où nous notons des symptômes supposés liés aux troubles de la fonction interne, nous ne manquerons pas d'observer, quand l'autopsie a été faite, des lésions dégénératives des reins. Quoi d'étonnant alors si les reins sont altérés dans leur structure, de voir se dérouler les phénomènes ordinaires des néphrites médicales ?

Dans les 17 observations qui nous occupent actuellement, 10 fois l'autopsie a été pratiquée. Chaque fois ses résultats semblent confirmer nos dires.

Dans 6 cas (obs. 2, 5, 12, 15, 20), il n'est rapporté qu'un examen macroscopique. C'est ainsi que nous trouvons « un rein gros, anémié, avec une substance tubulaire indistincte » (obs. 2), ou bien on constate que le rein gauche avait cessé évidemment de fonctionner depuis plusieurs mois (obs. 5), mais dans ce cas nous nous hâtons d'ajouter : « que la masse squirrheuse avait plus ou moins comprimé les vaisseaux iliaques, ce qui explique sûrement l'œdème des jambes ». Il s'agit donc ici d'une étiologie tout à fait spéciale de l'œdème qui est d'origine purement mécanique. Dans l'observation 12 « les reins sont petits et atrophiés dans la substance corticale surtout ». Il en est de même « pour le rein gauche » dans l'observation 13, mais « le droit est ici transformé en une éponge purulente ».

A l'observation 15 nous trouvons « le rein atrophié et kystique » tandis que dans l'observation n° 24 « les 2 reins sont un peu augmentés de volume et présentent des traces évidentes de néphrite. Les cas qui ont été examinés microscopiquement sont à la fois plus probants et plus démonstratifs. Malheureusement cet examen est

le plus souvent négligé et nous n'en trouvons le détail que 4 fois (obs. 3, 6, 19, 24).

On a trouvé parfois « une dégénérescence granulo-graisseuse très avancée du rein gauche » (obs. 3). Ailleurs, c'est dans les urines (obs. 6) qu'on a découvert la lésion par la présence « d'éléments épithéliaux, de traces de dégénérescence granuleuse, des cylindres hyalins et granuleux » et l'on diagnostique un mal de Bright ».

A l'observation 19 nous trouvons un examen détaillé. « Le rein droit a sa substance corticale très altérée, les glomérules sont très rapprochés..... les portions intermédiaires sont envahies par une inflammation interstitielle intense et dans cette substance ainsi altérée on reconnaît avec peine quelques débris de tubes contournés ». « Le rein du côté sain a son tissu insterstitiel intermédiaire aux tubes contournés » manifestement altéré et il figure des couronnes de tissu conjonctif qui enserrent chaque tube. Les glomérules sont peu atteints et ne présentent pas de surcharge amyloïde. Les cellules des tubuli-contorti sont granuleuses, désagrégées et se colorent mal. Dans quelques-unes d'entre elles on remarque des cylindres colloïdes..... « En somme lésion de néphrite chronique ».

Nous terminons notre citation par l'obs. 24, ou « au microscope on reconnait une désintégration granulo-graisseuse portée quelquefois très loin et qui est due à l'étouffement des éléments comprimés ».

Nous en avons terminé avec le chapitre de la symptomatologie, mais ce que nous voudrions surtout en dégager, c'est que l'anurie est de caractère tranquille ; c'est là un cachet qui lui est propre, un signe distinctif absolu. Si

parfois elle revêt des allures un peu différentes, il s'agit d'une symptomatologie d'emprunt trouvant son explication dans des lésions dégénératives des reins. Peut-être pourra-t-on un jour la grouper d'une facon certaine dans un syndrome lié aux troubles de la fonction interne ? Mais en définitive qu'il s'agisse de fonction interne ou non, quel que soit cet inconnu, ce qui est important pour nous c'est la physionomie clinique spéciale de l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens, relevant uniquement par elle-même du syndrome d'imperméabilité.

CHAPITRE IV

Traitement.

Nous avons vu quelle est la terminaison de l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens abandonnée à elle-même : c'est la mort presque fatale, puisque dans toutes nos observations, 2 fois seulement le malade n'a pas succombé à cette complication (obs. n°s 7 et 29).

Nous devons donc agir et ne pas nous contenter de moyens médicaux qui sont évidemment impuissants dans ces cas là. Signalons seulement à ce sujet les 2 obs. (5 et 6), où en faisant prendre des attitudes différentes au malade, on a pu obtenir l'émission d'un peu d'urine, mais hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs qu'il s'agit plutôt là d'un fait curieux que d'un mode de traitement, car les malades dans ces deux circonstances ont néanmoins succombé au milieu des phénomènes d'anurie.

Il n'y a donc d'efficace que le traitement chirurgical, mais s'il est efficace est-il légitime?

Nous sommes en présence de malades voués à une mort certaine, inexorable, frappés d'un mal incurable, soutenant une lutte inégale et parfois au milieu de souffrances si vives que la mort pourrait être considérée comme un soulagement ; alors survient une complication qui va mettre un terme à toutes ces misères, qui va endormir à jamais toutes ces souffrances, ne devons-

nous pas plutôt la voir venir comme une délivrance, lui laisser clore son œuvre, et enlever le malheureux à l'existence d'une façon douce et tranquille ?

Nos sentiments diraient oui dans quelques circonstances, mais notre raison s'y oppose toujours de la façon la plus énergique. Comme base même de la médecine, comme raison d'être pour elle, nous devons admettre que la vie est chose précieuse, même au milieu des souffrances, même dans la désespérance la plus complète, et cette existence c'est notre rôle à nous de la faire durer le plus possible, de la prolonger toujours à n'importe quel prix. Lutter quand même contre la mort, en reculer l'échéance, conserver jusqu'à l'impossible l'existence qui s'est remise entre nos mains, c'est un devoir impérieux, indiscutable, avec lequel nul médecin ne peut transiger.

D'ailleurs, c'est une règle de conduite couramment admise aujourd'hui d'intervenir chez des cancéreux pour parer à des accidents immédiats, et nous ne voyons pas pourquoi on voudrait avoir des principes divers pour des cas que sépare simplement une localisation différente mais que réunit dans le même groupe une nature identique.

Nous voyons couramment pratiquer l'anus contre nature dans les cas d'obstruction intestinale, la gastro-entérostomie dans l'oblitération pylorique, la trachéotomie dans le cancer du larynx, la ligature de l'artère linguale pour parer aux hémorragies dans le cancer de la langue ; or toutes ces opérations n'ont qu'un but essentiellement palliatif et sont cependant acceptées sans discussion aujourd'hui. Pourquoi ne pas donc insti-

tuer un traitement d'urgence, aussi quand le néoplasme siège dans le bassin et pourquoi ne pas rétablir le cours de l'urine comme on le fait pour celui des matières fécales ou pour celui de l'air respiratoire ? Le traitement s'impose donc mais on pourrrait nous objecter que dans certain cas l'anurie revêt des allures intermittentes, que nous n'avons pas de moyens cliniques qui nous permettent de prédire ces formes là et que, par conséquent, nous nous exposons à opérer des sujets qui auraient guéri tout seuls de leur anurie.

Examinons donc ces cas-là, et voici ce que nous constatons : 6 observations les représentent dans notre travail, elles portent les nos 1, 5, 6, 7, 28, 29. Or, 3 fois, la malade a succombé à la reprise de l'anurie, 1 fois elle a quitté l'hôpital et, par conséquent, nous ne pouvons rien conclure de la terminaison de son anurie, 2 fois seulement elle a succombé à d'autres phénomènes qu'à ceux de l'anurie. Notons toutefois que dans l'observation n° 7 la malade n'émettait la veille de sa mort que 148 grammes d'urine. Cet état d'oligurie survenant après une phase d'anurie de 17 jours, aurait presque justifié à elle seule un traitement. Quoiqu'il en soit, nous ne relevons donc que 2 cas, dont un seul indiscutable (obs. 29) où le traitement aurait pu être inutile.

Deux cas sur 38 observations d'anurie, voilà une exception tellement infime, une rareté si peu appréciable cliniquement qu'elle ne saurait, il me semble, arrêter la décision du chirurgien et l'empêcher de secourir la presque totalité des malades d'une façon efficace. D'ailleurs, même dans ces circonstances là, ne sommes-nous pas en droit de nous demander si des phases d'anurie de

17 jours, comme nous en relevons une dans l'obs. 7, n'ont pas précipité l'échéance fatale, hâté le dénouement par la rétention dans l'organisme de produits éminemment toxiques et si l'opération même alors n'aurait pas eu un rôle bienfaisant : ce n'est pas impunément, il nous semble, qu'un émonctoire de la valeur de l'émonctoire rénal reste fonctionnellement suspendu pendant des semaines !

Et les chirurgiens devraient-ils être plus timorés que les médecins qui proposent « sans hésiter, l'intervention » même pour les néphrites médicales (Castaigne et Rathery, *in* néphrites primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein, p. 28), puisqu'il s'agit, nous le démontrerons tout à l'heure, d'une opération inoffensive.

Ne pourrions-nous ainsi que donner une lueur d'espérance à ces malheureux, que nous ne devrions pas la leur refuser.

Et, s'il y a des cas d'ailleurs où, sous l'influence de ses sentiments, on voit le chirurgien agir sans aucune espérance mais la main pour ainsi dire forcée par l'état mental de son malade; ne voyons-nous pas aussi des gens qui ne se dissimulant nullement la gravité de leur situation, ne conservant plus aucun espoir, nous demandent de prolonger à n'importe quel prix et par tous les moyens leur malheureuse existence que cependant des raisons d'ordre social rendent parfois bien précieuse encore pour ne pas dire indispensable. Nous avons de cette opinion une éclatante confirmation par l'observation n° 9 de la malade que M. Legueu opéra à Versailles et dont nous ne pouvons nous empêcher de citer ces quelques lignes :

« La malade était au courant de sa situation, elle savait qu'elle était atteinte d'un mal incurable, que ses jours étaient comptés. Mais aussi elle était mère de famille, elle avait besoin de vivre quelque temps et elle nous demandait de différer au besoin par une opération, l'issue fatale dont elle se sentait menacée à brève échéance ».

Nous n'avons pas relevé de cancer de l'utérus amenant de l'anurie chez une femme enceinte : néanmoins ce cas nous semble fort possible *a priori* et si nous en parlons, c'est simplement pour dire que nous nous ferions en cette circonstance un devoir de plus d'opérer puisqu'il s'agirait de prolonger une existence et de sauver une vie « le devoir de tout médecin étant de faire naître le nombre le plus grand possible d'enfants vivants et le plus près du terme » suivant la belle parole de M. Pinard.

Reste encore une dernière objection : celle de l'état anatomique des reins. En effet, si l'anurie était produite par une destruction totale, si la fonction ne s'accomplissait plus faute d'organe, à quoi bon une intervention ? On n'opère pas pour rendre la vie à ce qui est déjà mort.

Mais dans notre chapitre d'anatomie pathologique nous n'avons relevé que deux cas où les deux reins semblaient complètement perdus.

Dans le premier encore la démonstration est bien loin d'être absolue, car il est simplement dit : « les deux reins étaient remplis par un liquide purulent » (obs. 25) : il pourrait bien s'agir là d'une pyonéphrose coiffée peut-être encore d'une couche fort mince sans doute mais encore suffisante de substance rénale.

La seconde seule est indiscutable : les « deux reins sont complètement détruits » (obs. 27). En tout, 2 cas, dont un seul absolument indiscutable où le traitement eut été inutile. Disons encore que dans celui-là la malade était morte presque subitement ! Et, d'ailleurs, s'il avait été une fois inutile aurait-il été nuisible ?

Evidemment non car, opérée ou non, une malade qui a les deux reins détruits ne saurait vivre. Et, d'ailleurs, l'opération que nous adopterons tout à l'heure est si bénigne ! Ce ne sera donc pas la crainte si peu fondée d'agir inutilement qui arrêtera la décision du médecin.

Ceci posé et l'opération maintenant, croyons-nous, suffisamment légitimée, quel procédé opératoire allons-nous choisir ?

La meilleure réponse à donner à cette question c'est de procéder au détail des opérations pratiquées et d'en examiner les résultats. Il ne nous sera plus ensuite bien difficile de conclure et de faire notre choix.

Examinons tout d'abord l'opération de l'urétérostomie. Elle a été pratiquée la première fois pour ces cas-là par M. Le Dentu, le 23 janv. 1889. Il s'agissait d'une anurie survenue au cours d'un néoplasme utérin. Voici comment il décrit son procédé opératoire dans l'obs. 11 :

« Grande incision oblique du flanc gauche et mise à nu de l'uretère dans la fosse iliaque jusqu'au point où se croisent les vaisseaux utéro-ovariens..... Isolement de l'uretère avec précaution et section avec des ciseaux entre deux pinces hémostatiques placées en travers le plus bas possible.

Le tronçon supérieur long d'environ 9 centimètres est ramené vers la partie la plus élevée de la plaie abdomi-

nale et fixé par 4 points de suture en crin de Florence Drainage de la fosse iliaque. Sutures perdues des muscles et des couches sous-cutanées. Un tube de caoutchouc non fenêtré, engagé dans l'uretère conduit l'urine à travers le pansement dans un urinal placé à côté de la malade ».

Ce manuel opératoire n'a pas toujours été employé.

M. Jaboulay (obs. 8), « découvre l'uretère après une incision suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire, y pratique une ponction et le suture à la peau ».

Ce procédé est encore employé par M. Jaboulay (obs. 12), mais il y signale cet inconvénient : « l'uretère se réduisit, entraînant et invaginant la peau qui lui était fixée. Il semblait que la traction était trop forte et que nous aurions peut-être mieux fait de sectionner transversalement le conduit en fixant isolément au dehors le bout supérieur et inférieur ». Plus tard, M. Jaboulay opère la même malade du côté opposé et emploie la voie parapéritonéale.

En tout, cela nous fait 3 interventions portant sur l'uretère (obs. 8, 11, 12).

Toutes les autres fois, c'est sur le rein qu'est intervenu le chirurgien par l'opération de la néphrostomie (obs. 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26). La description de M. Legueu peut nous servir de type pour indiquer les règles du manuel opératoire :

« Incision lombaire classique mais moins longue que d'habitude. Après ouverture de la couche musculo-aponévrotique, la graisse périrénale apparaît ; au-dessous se voit le rein. Libération d'une faible partie ce sa substance, puis ponction au bistouri. Dans l'orifice du rein,

sonde de de Pezzer, fermeture de la plaie superficielle comme d'habitude, en laissant seulement l'orifice pour le passage de la sonde. Durée dix minutes ».

Comparons maintenant les résultats de ces deux genres d'intervention.

Dans les urétérostomies les résultats sont déplorables : le maximum de survie est de 13 jours (Le Dentu, obs. 11), ailleurs, 6 jours par la complication d'une néphrite double consécutive à l'opération » (Jaboulay, obs. 12), enfin, 2 jours seulement (Jaboulay, obs. 8). Des résultats de ce genre nous rendraient évidemment anti-interventionistes, mais à côté, nous en observons de fort brillants, toutes les fois que le chirurgien a fait la néphrostomie : sauf le cas malheureux de Legueu où la cachexie s'accentuant, la mort survient au dixième jour, nous trouvons de longues périodes de survie :

Le minimum est de 19 jours (Jayle et Labbé, obs. 13), puis 2 mois (Broca, obs. 40), puis 73 jours (Jayle et Desfosses, obs. 17), 3 mois (Poncet, obs. 26), et encore « par cachexie cancéreuse ».

Ailleurs nous trouvons de plus longues périodes encore ; 105 jours (Jayle et Labbé, obs. 15), 155 jours (Legueu, obs. 9). Nanu suit sa malade 113 jours (obs. 16), enfin M. Chavannaz, de Bordeaux, nous offre le plus beau résultat : sa malade, opérée le 25 septembre 1898, vit très bien encore le 8 mars 1899 et sa « tumeur utérine évolue lentement (obs. 10).

C'est toujours l'étude des faits qui nous a exclusivement guidé ; ici encore c'est ce parallèle des résultats qui dicte notre choix et nous croyons que la supériorité de la néphrostomie sur l'urétérostomie s'y affirme assez

nettement pour que nous n'ayons pas besoin de disserter longuement pour établir ses avantages. Sa supériorité trouve déjà sa preuve dans ses résultats, mais elle tient encore à la simplicité de son exécution : tout médecin peut pratiquer une néphrostomie. Or, c'est là une qualité encore de grosse importance pour une opération qu'il faut pratiquer parfois d'urgence, en tous cas qu'il faut faire le plutôt possible. Combien elle est simple en effet cette opération ou plutôt cette incision lombaire qui se termine en dix minutes (Legueu) ou un quart d'heure (Jayle), comparée surtout à cette recherche de l'uretère que « Legueu assisté de Nélaton a eu, déclare-t-il, les plus grandes difficultés à reconnaître et cependant il n'y avait pas d'adhérences, l'abdomen était ouvert, la plaie était large ». De plus, la néphrostomie peut se faire partout, dans tous les pays, avec n'importe quelle installation, les chances d'infection étant ici réduites à leur minimum, tandis que l'urétérostomie, en dehors de ces difficultés techniques nécessite de bien plus grandes précautions d'aseptie, parfois difficiles à observer rigoureusement, surtout quand on opère d'urgence et dans certains milieux. Enfin, de tous les malades traités par la néphrostomie pas un n'a succombé aux suites opératoires qui ont toujours été excellentes.

En somme, la néphrostomie est la méthode de choix de par ses résultats, de par sa simplicité, car nous éliminons aussi les autres modes d'intervention portant sur l'uretère et qui n'ont d'ailleurs jamais été exécutés dans les cas qui nous intéressent. Il serait possible, en effet, dans certaines circonstances, de pratiquer une implantation des bouts supérieurs dans la vessie, ce qui constitue

l'urétérocystonéostomie, mais c'est là une opération longue, minutieuse, difficile par conséquent, convenant peu, il nous semble, chez des malades cachectisés d'une part et de l'autre hors de la portée de la grosse majorité des praticiens.

L'implantation des uretères dans le vagin est passible des mêmes objections auxquelles il faut ajouter les ennuis que ne manque pas de provoquer cette opération antiphysiologique.

La néphrostomie reste donc incontestablement la méthode de choix. Son manuel opératoire nous semble suffisamment décrit dans le passage de l'observation de M. Legueu que nous avons cité un peu plus haut. Ajoutons y seulement ces quelques points de détail. Pour éviter les déplacements de la sonde, nous croyons bon, comme M. Chavannaz l'a fait, de la fixer à la peau avec un crin de Florence. Puis, nous basant encore sur la technique suivie par M. Chavannaz, nous conseillerons de faire porter « un urinal à la malade et pour éviter l'effacement de la lumière de la sonde au cours et par suite de légers déplacements de la ceinture, la sonde de Pezzer traversera une petite canule métallique qui pénètrera d'environ 1 centimètre dans l'orifice cutané de la fistule lombaire ».

Nous pensons avoir suffisamment justifié cette opération qui, d'ailleurs, ne se pratique pas toujours sur des sujets cachectiques comme on pourrait le croire, mais aussi chez des « femmes encore vigoureuses » (obs. 10) et ceci d'ailleurs n'ira que grandissant comme proportion à mesure que l'intervention sera plus admise, partant plus couramment pratiquée et surtout de façon précoce.

Et ceci nous mène à parler de l'époque à laquelle on doit intervenir dans une crise d'anurie.

On peut, en effet, vouloir temporiser en se demandant au début s'il ne s'agit pas d'une attaque passagère ; mais cela serait-il et cela pourrait-il se diagnostiquer, qu'il faudrait opérer encore, étant donné la terminaison, néanmoins presque fatale même dans ces formes, par des rechutes qui ne manqueront pas de se produire. A plus forte raison, devons-nous la faire sans hésitation aucune, puisque rien dans les symptômes ne peut nous faire prévoir le genre d'évolution que revêtira l'anurie.

Or, si nous devons opérer toujours, quelle raison avons nous ici d'attendre. Dans l'anurie calculeuse déterminée somme toute par la présence d'un corps en migration qui peut, d'un moment à l'autre, être expulsé au dehors et amener la guérison, par ce processus nous concevons qu'on hésite et qu'on puisse discuter sur le moment où sont remplies les indications opératoires. Néanmoins, bien qu'il s'agisse d'une cause qui peut disparaître d'un moment à l'autre et cela même pour ne plus se reproduire, entourée des mêmes accidents, on est généralement d'accord pour ne pas laisser un anurique plus de 7 jours sans intervenir. Dans ce cas, on est partagé entre deux devoirs : d'une part on doit laisser au malade toutes les chances de guérir en lui épargnant l'ennui et les dangers pour si minimes soient-ils, d'une intervention puisque c'est ainsi possible parfois ; d'autre part, on ne doit pas se laisser prolonger trop longtemps un état de rétention qui ne peut durer sans devenir funeste et sans amener une catastrophe qu'il appartient au médecin de ne jamais se laisser produire ; d'où une

certaine obligation à temporiser dans une juste limite. Mais notre ligne de conduite est bien plus simple dans le cas qui nous occupe.

Ici pas d'espoir de guérison spontanée : les cancers ne disparaissent pas comme les calculs : il peut y avoir des intermittences, c'est vrai, mais la cause demeure, l'effet se reproduira et déterminera sûrement la mort du malade si nous ne lui opposons un traitement palliatif. Donc, toujours on doit opérer pour cette anurie et alors si l'on doit opérer, pourquoi attendre ? Ce n'est pas parce que nous avons observé dans le chapitre de la symptomatologie de longues périodes de tolérance que nous devons en conclure que pendant tout ce temps, l'anurie est inoffensive pour l'organisme. Et d'ailleurs, ce malade n'est-il pas tous les jours diminué, amoindri dans sa capacité vitale par le mal inexorable qui évolue quand même et n'est-il pas plus avantageux pour le chirurgien d'opérer sur le meilleur ou plutôt sur le terrain le moins défavorable ? L'attente dans ces cas là ne sert qu'à affaiblir le malade, à diminuer par conséquent les chances de l'intervention qui s'impose indiscutable ; il ne faut donc pas s'attarder davantage.

Nous opèrerons donc sur le rein et dès le début de l'anurie ; M. Legueu a même opéré plus tôt : « nous sommes en imminence d'anurie », dit-il, « déjà il y a insuffisance urinaire..., et si je ne lui fais rien, cette femme va mourir d'ici quelques jours » (obs. 14).

Voyons maintenant les indications sur lesquelles les chirurgiens se sont basés pour décider sur quel rein devait porter l'intervention.

Le plus souvent, on trouve un rein tuméfié, gros, plus

abaissé que normalement, parfois simplement perçu à travers les téguments : c'est celui que les opérateurs choisissent (obs. 10, 13, 15).

Les deux reins sont hypertrophiés inégalement rs ils choisissent le plus volumineux comme dans l'observation 26, mais s'ils le paraissent également, ils en prennent un indifféremment (obs. 14) le droit de préférence dit Legueu, puisqu'il est le plus abaissé.

Lorsqu'il n'y aucun phénomène de rétention, on voit les chirurgiens se baser sur le côté où s'est le plus développé le néoplasme ainsi que cela a été fait à l'observation n° 16.

Enfin, M. Legueu (obs. 9), choisit le rein gauche parce qu'il était douloureux ce qui était pour lui l'indice que ce rein venait d'être brusquement troublé dans son excrétion, qu'il était le dernier atteint, c'est-à-dire le moins lésé » et M. Legueu, contrairement à ce que nous avons vu faire dans l'observation n° 26 a pour habitude de choisir le rein le moins volumineux parce qu'il suppose qu'il a été le dernier atteint, que sa destruction est moins complète (*Leçons de clinique chirurgicale Hôtel-Dieu*, 1901, p. 336).

Quant aux cas où il n'y a aucun rein accessible à la palpation, comme dans l'observation 16, M. Legueu « n'en peut envisager l'hypothèse car il pense qu'elle ne s'est jamais réalisée ». Nous avons vu comment, dans ce cas, avait agi M. Nanu en opérant du côté où s'était surtout développé le néoplasme utérin.

Pour nous, toutes ces considérations nous semblent présenter une bien moindre importance. Au chapitre de la pathogénie, nous avons démontré, en effet, que l'anurie

survenant au cours des néoplasmes pelviens relève d'un mécanisme réflexe ; qu'importe alors la question de côté ? Si donc un rein n'appelle pas d'une facon tout à fait spéciale l'attention, s'il n'y a pas d'indications absolues d'opérer à gauche plutôt qu'à droite, on choisira alors ce dernier côté, simplement parce qu'il est le plus commode. Et si, par un hasard extrêmement rare, on ouvrait sur un côté où il y aurait absence congénitale de l'organe ou si encore le rein était totalement détruit, il y aurait lieu simplement de procéder à une néphrotomie de l'autre côté.

Une dernière question peut encore se poser : celle de l'anesthésique à employer chez ces malades dotés d'un si mauvais appareil éliminateur.

M. Jaboulay, dans l'obs. n° 12, dit que « l'état général contre-indiquait uné anesthésie régulière ; aussi administre-t-il quelques gouttes d'éther seulement pour produire de l'obnubilation ».

M. Legueu déclare qu' « avec la rachicocaïnisation, nous avons un moyen d'anesthésie bien supérieur en l'espèce au chloroforme ; la cocaïne n'a qu'une action insignifiante sur le système rénal ; il n'en est pas de même du chloroforme, et c'est la principale raison pour laquelle il opère son malade à la cocaïne » dans l'observation 14.

Hâtons-nous d'ajouter néanmoins que pas un accident chloroformique n'est signalé dans les autres cas.

Loin de nous d'ailleurs la pensée de vouloir trancher ici la question de l'anesthésique à employer, mais nous avons tenu cependant à signaler, avant de terminer ce chapitre, les différentes opinions exprimées à ce sujet,

OBSERVATIONS

OBS. 1. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — A. LABOISNE, thèse de Bordeaux, 1898-1899.

Il s'agit d'une femme âgée de 72 ans, entrée le 1er mars dans le service de M. le Professeur agrégé Rondot. Atteinte d'un cancer du col de l'utérus, elle avait depuis 5 jours de l'anurie; le cathétérisme démontrait, en effet, la vacuité complète de la vessie. La malade avait des vomissements, du délire diurne et surtout nocturne. Dans l'espoir qu'on pourrait tenter quelque intervention assurant l'évacuation de l'urine au dehors on fait passer la malade dans le service de M. le Professeur agrégé Pousson, où elle entre le 4 mars.

Dans la nuit qui précéda son passage dans ce service, elle eut une débâcle urineuse assez abondante. L'état dans lequel se trouvait la malade ne nous permit pas d'établir son histoire. Le cancer du col utérin était des plus manifestes.

L'examen de la région lombaire et des flancs, à cause de la résistance musculaire, était très difficile.

On ne peut se rendre compte de l'existence d'une tumeur liquide résultant de la rétention d'urine dans le bassinet. Il y avait quelques vomissements, du délire, de la congestion pulmonaire.

Le lundi on décide une intervention pour le lendemain, mais la malade ayant uriné la nuit, on ajourna l'opération. Bien que l'état dans la nuit ne parut pas aggravé, la mort survint du mercredi au jeudi, après une nouvelle période d'anurie de 36 heures.

A la *nécropsie* on trouva le cancer du col utérin ayant laissé le col intact. La vessie est infiltrée dans sa paroi inférieure. Si l'on examine le point d'abouchement des uretères de la vessie, on constate avec un stylet que l'orifice de l'uretère droit est complètement oblitéré et présente un véritable étranglement. Si l'on suit le conduit de son trajet ascendant, on voit qu'il est volumineux, mais qu'il s'abouche dans le bassinet en un point normal. Le bassinet est également dilaté. Le rein est dur, réduit à une coque fibreuse.

L'orifice de l'uretère gauche de la vessie est encore perméable. L'uretère est distendu mais moins que le droit; le bassinet est dilaté mais renferme une quantité appréciable de liquide. Le rein est volumineux. Il n'y avait pas d'adhérence des reins et des bassinets avec les organes voisins.

Obs. 2. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Minot, anurie par compression des uretères par une affection cancéreuse de l'utérus, *The Boston med. and Surg. Journal*, 1884, p. 227 (Traduction personnelle).

Le Dr Minot présente des pièces provenant d'une femme de 33 ans, entrée à l'hôpital général des Massachusetts le 13 février et morte le 21 du même mois. Veuve sans enfants ni fausses couches. Il y a 3 ans elle remarqua de légères pertes de sang par le vagin. Depuis 6 mois leucorrhée peu abondante, douleur rétro-pubienne, mictions fréquentes et parfois défécation douloureuse. Pendant 3 semaines soif vive, polyurie et démangeaison sur les bras et à l'anus, grande fonte musculaire, affaiblissement, mais cependant repos au lit de 9 jours seulement

Elle était devenue anémique. Temp. 39°8; pouls, 120 ; respiration, 26.

Le *14* dans les 24 heures elle urina seulement 16 onces.

A l'examen, le Professeur Wood trouve l'urine pâle, d'une densité de 1008 1/2, de réaction neutre, avec faible trace d'albumine, épithélium vaginal et vésical en quantité excessive, des amas de grandes cellules isolées avec des prolongements, indiquant une tumeur maligne, un peu de sang et du pus.

Le *15* la sonde ramena une once d'urine et depuis, pendant les 6 derniers jours de sa vie, il ne s'écoula plus d'urine si ce n'est 2 drachmes.

Le *18*. — Intolérance absolue et l'haleine avait une odeur urineuse.

Le vomissement du 20 examiné par le Professeur Wood, contenait 6 gr. 7 d'urée pour 912 cent. cubes Douleur dans le flanc droit. — Elle conserva sa connaissance jusqu'à la fin, bien qu'elle soit très souvent assoupie,

A l'autopsie le Professeur Fitz trouva l'utérus augmenté de vo-

lume et remplissant le bassin. Il était adhérent à la vessie et au rectum et aux parois osseuses. La vessie contenait une demi-once d'urine trouble.

A la paroi postérieure on notait une ulcération des 3/4 d'un pouce de diamètre. La cavité utérine mesurait 4 pouces de profondeur; l'orifice externe laissait pénétrer l'index. La substance de l'utérus était transformée en un tissu blanchâtre, d'où la pression faisait sourdre des détérés analogues à de la matière sébacée. Ces altérations s'étendaient au fond, où l'on voyait un nodule arrondi, lamelleux, facile à écraser mais ne laissant pas sourdre de matière sébacée. L'uretère gauche était dilaté et tortueux, oblitéré à un pouce 1/2 de son abouchement dans la vessie grâce à des néoformations molles et grisâtres. — Le droit était dilaté, son ouverture dans la vessie présentait le calibre d'une épingle, et son trajet intra-vésical tortueux. Le rein droit était moitié moins volumineux que le gauche, sa surface était d'un gris blanchâtre, facilement décorticable; il commençait seulement à être gros et anémié, la substance tubulaire n'était pas distincte.

Les ganglions situés sur le promontoire du sacrum étaient hypertrophiés et gros comme la moitié d'une noix de galles, à la coupe ils étaient blancs et homogènes et la pression faisait sourdre abondamment la substance sébacée........ L'examen microscopique décelait la nature cancéreuse de la tumeur dans les ganglions lombaires et dans le tissu utérin (Dr Wickery).

Obs. 3. — *Anurie au cours d'un cancer de l'utérus.* — Ch. Chaumont, *Des troubles urinaires qui compliquent le cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1874, obs. V.

Femme G ..., âgée de 42 ans, entre le 12 septembre 1864 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Monneret que M. Fournié suppléait pendant les vacances. Cette femme entre à l'hôpital pour un cancer utérin dont elle présentait la symptomatologie classique, inutile à reproduire ici et dont le début paraît remonter à 9 ou 10 mois. Ce cancer occupe le col utérin dont une partie est détruite et s'avance sur la paroi vaginale antérieure.

Bien qu'affaiblie et émaciée, la malade cependant n'était pas arrivée au dernier terme de la cachexie cancéreuse, et son existence,

suivant toute probabilité, se fut prolongée encore un certain temps si des accidents d'une nature toute particulière n'étaient venus se jeter à la traverse et précipiter le terme fatal. Jusqu'au 20 septembre, rien d'étranger à la marche habituelle du cancer utérin ne s'était manifesté. La malade ne perdait plus de sang, elle n'éprouvait que des douleurs modérées, elle mangeait un peu et digérait sans difficulté. Il n'existait qu'un très léger œdème des membres inférieurs, disparaissant par le repos et seulement appréciable après quelques heures passées hors du lit. A cette époque la malade nous fit remarquer qu'elle urinait à peine depuis quelques jours. Nous fîmes conserver les urines et nous vîmes qu'en effet la quantité était très minime : un verre à Bordeaux dans les 24 heures.

Du *20* au *26* cette proportion s'abaissa encore d'une façon notable, elle descendit à 3, puis à 2 cuillerées à bouche tout au plus.

Du *26* au *28* les urines se supprimèrent complètement, pas une seule goutte ne fut évacuée.

Le *28*, 2 cuillerées furent rendues.

Enfin, le *29* et le *30*, jour de la mort, anurie absolue. Cependant à dater du jour où la diminution des urines s'était produite, quelques phénomènes intéressants se passaient d'une façon concomitante; 2 surtout furent remarquables par leur répétition. La première consista en des épistaxis.

La malade qui, depuis longues années n'avait pas saigné du nez, fut tout à coup prise d'épistaxis répétées dans la dernière quinzaine de son existence, elle en eût 5 du 25 au 26.

Le *29*. — Elle saigne presqu'à chaque instant du nez.

Ces épistaxis furent légères pour la plupart.

2° Des vomissements s'étaient produits et se répétaient avec une opiniâtreté singulière.

La malade qui digérait très bien avant son admission à l'hôpital, commença à vomir quelque temps après son entrée ; ces vomissements que n'expliquait d'ailleurs aucun symptôme de péritonite, furent d'abord assez rare. Ils devinrent plus fréquents vers la fin de la dernière quinzaine de septembre. Ils furent quotidiens du 15 au 20; plus tard ils se répétèrent à plusieurs reprises dans le cours d'une journée et la malade arriva à rendre à peu près tout ce qu'elle prenait, solides et liquides.

Les matières rendues étaient soit alimentaires, soit aqueuses et

glaireuses et n'exhalaient pas d'odeur ammoniacale. En même temps nous observions les phénomènes suivants :

Inappétence absolue, débilité générale s'accroissant rapidement, pâleur excessive du teint, faiblesse du pouls, apparition d'un œdème léger de la face dorsale des mains.

Vers le *20 septembre*, augmentation légère de l'œdème des membres inférieurs, métrorragie assez abondante, survenue le jour où les épistaxis redoublaient d'intensité.

Signalons encore comme phénomènes négatifs, l'absence de tout trouble du côté de la vue, de tout désordre intellectuel, de toute paralysie musculaire.

Enfin le *29*, la mort a lieu brusquement sans secousses, sans convulsions, sans agonie.

On remarqua seulement que la face était un peu cyanosée.

L'AUTOPSIE faite par le Dr Damaschino, démontra l'intégrité absolue des grands viscères, poumons, cœur, vaisseaux, tube digestif, foie, rate, cerveau : Le cerveau était aussi indemme que possible, pas la moindre infection des membranes ou du parenchyme nerveux. Pas la moindre suffusion séreuse, ni d'épanchement ventriculaire. Le tube intestinal ne présentait aussi aucune des altérations diverses que l'on a signalées dans l'urémie. En revanche, on constatait du côté de l'appareil génito-urinaire, des lésions multiples et profondes. Cancer utérin ayant envahi la vessie et le vagin, oblitération de l'uretère droit à son embouchure vésicale. Lésions consécutives d'hydronéphrose, dégénérescence granulo-graisseuse très avancée du rein gauche. Le col ultérin et la partie correspondante de la vessie sont compris dans une masse indurée et ulcérée qu'envahit aussi une portion de la paroi vaginale correspondante. Une coupe antéro-postérieure ayant divisé l'utérus en deux moitiés, que l'on rejette de chaque côté, il est facile de constater :

1° Que la dégénérescence cancéreuse a presque totalement détruit le col utérin qui n'offre plus dans son 1/3 supérieur qu'une vaste ulcération indurée, inégale, couverte de papilles hypertrophiées ;

2° Que la partie adjacente de la vessie a subi la même dégénérescence. Seule la tunique muqueuse est intacte, les diverses couches musculaires sont augmentées d'épaisseur, elles présentent une densité considérable, et sont infiltrées de noyaux épithéliaux ; à droite, l'altération est beaucoup plus avancée elle comprend en ce

point toute l'épaisseur de la tunique musculeuse et les couches les plus profondes de la muqueuse. Le trajet de l'uretère droit au niveau de son embouchure vésicale est compris dans cette dégénérescence.

Le conduit à ce niveau est rétréci d'abord, puis oblitéré par une masse carcinomateuse qui se continue avec celle de l'utérus.

L'uretère au-dessus de son oblitération, est excessivement dilaté, il offre le volume du doigt.

Il est distendu par un liquide presque aqueux, de teinte un peu jaunâtre cependant. Le bassinet, énormément dilaté par le même liquide, forme au devant du rein une tumeur du volume du poing, les calices présentent une distension considérable. La substance du rein refoulée et comprimée de dedans en dehors, est remarquablement atrophiée. A l'examen microscopique on remarque les faits suivants. Les tubes urinifères sont partout atrophiés, quelques-uns sont dépourvus d'épithélium, ailleurs leurs cellules ont subi la dégénérescence graisseuse. En certains points les cellules ont disparu, et l'intérieur des tubuli est rempli par des cylindres granulo-graisseux et même par de véritables gouttes huileuses. Le rein gauche est énorme, il mesure 17 centimètres en hauteur et 8 en largeur; à simple vue il paraît simplement transformé en graisse. L'examen microscopique montre que tous les tubes urinifères ont subi la dégénérescence graisseuse, l'uretère est sain de ce côté.

Obs. 4. — *Cancer de la face latérale droite de la vessie comprimant l'uretère droit. — Absence congénitale du rein et de l'uretère gauche. — Phénomènes urémiques.* — Paul Théry, *Bullet. Société anat.*, avril 1888, p. 368.

S. A..., sujet russe, employé de commerce, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, service de clinique de M. le Professeur Le Fort. Il est couché au lit n° 27. Vu d'abord à la consultation externe, le malade est admis de la salle après un cathétérisme sommaire.

Antécédents nuls jusqu'au mois de janvier.

Bonne santé habituelle; pas de lésions antérieures des organes génito-urinaires.

Depuis quelque temps, douleurs vésicales fugaces à la suite de

marches prolongées. Le malade n'y porte pas attention, lorsqu'il y a trois mois survient une hématurie considérable, à la suite d'un excès de marche, au dire du malade. Il se repose, et l'hématurie cesse pour réapparaître à la suite de la moindre fatigue. Les urines sont plus ou moins hématiques.

Le jet d'urine est normal, non interrompu : le malade n'a pas expulsé de graviers ; pas de douleurs lombaires et rénales, pas de coliques néphrétiques. Au moment de l'entrée, les phénomènes de cystite paraissent très nets : hématurie, miction fréquente, 10 à 12 fois par jour, mais très peu abondante, besoin de miction impérieux : il y a eu, à un moment donné, incontinence d'urine.

Le cathétérisme de l'urèthre est des plus difficile : un n° 9 est arrêté ; du 2 au 12 mars, plusieurs tentatives de cathétérisme et de dilatation n'aboutissent à aucun résultat : les hématuries reparaissent, et on est obligé de laisser le malade au repos, d'autant plus que les bougies ne peuvent rester à demeure et qu'il ne semble pas qu'elles pénètrent jusque dans la cavité vésicale.

Des phénomènes d'urémie ne tardent pas à se produire dans les derniers jours du mois de mars : la peau devient sèche, les urines fortement ammoniacales ; troubles gastro-intestinaux, diarrhée, phénomènes fébriles. Enfin le malade meurt le 4 avril, à 7 heures du soir, et nous pratiquons l'autopsie.

Autopsie. — Le rein droit est volumineux et présente sous la capsule des abcès nucléaires nombreux, sous forme de piqueté blanchâtre ; ce rein est remis à notre collègue et ami Hallé, qui doit faire des cultures de ces abcès miliaires : le calice et les bassinets présentent des lésions de pyélo-néphrite ; l'uretère droit, excessivement dilaté, offre le calibre d'un intestin grêle.

Le canal de l'urèthre, incisé suivant sa longueur, après section à la scie de la symphyse pubienne, ne présente pas de traces de rétrécissement : il est absolument sain dans toute sa longueur.

Mais notre étonnement est grand lorsque, procédant à la recherche du rein gauche, nous ne pouvons trouver cet organe à sa place habituelle ou en ectopie d'aucune sorte ; l'uretère gauche n'existe pas davantage, et nos recherches les plus minutieuses restent sans résultat.

Pas de ganglions pelviens ou lombaires notablement hypertrophiés.

La vessie est volumineuse, dure à la palpation et lourde. Après

incision, elle ne présente, à considérer, un certain nombre de particularités des plus intéressantes : 1° Son épaisseur qui n'est pas moindre de 3 à 4 centimètres. Sur les parties latérales, elle présente deux colonnes d'un développement remarquable ; sa cavité est très réduite et n'admet plus que 60 grammes de liquide environ , elle contient un peu d'urine purulente ; 2° Nous portons immédiatement nos investigations du côté des orifices des uretères, il nous est impossible de trouver un orifice d'uretère à gauche ; 3° A droite, l'orifice est situé au fond d'un cul-de-sac ou diverticuleux de la vessie et surplombé par une masse cancéreuse considérable.

Cette masse cancéreuse peut se subdiviser en deux lobes : en totalité, elle offre le volume d'un œuf de poule ; elle est pédiculée. La portion qui est située à gauche est plus étroitement pédiculée. La portion située à droite est plus volumineuse ; comme la première, elle offre un aspect bourgeonnant encéphaloïde avec sphacèle de sa partie superficielle macérée dans l'urine ; elle prend son point d'implantation sur la partie latérale droite de la vessie, non loin du sommet, par conséquent, et comprime l'orifice de l'uretère à tel point qu'on est obligé de la soulever et de l'écarter pour pouvoir en pratiquer le cathétérisme.

Le bas-fond de la vessie, hypertrophié également, est tout à fait étranger au point d'implantation de la tumeur.

Le sommet confine à la tumeur ; sa paroi est modérément hypertrophiée.

Les organes thoraciques n'offrent rien de spécial, sauf des adhérences pleurales.

Obs. 5. — *Anurie au cours d'un néoplasme vésical.* — Merklen, *Etude sur l'anurie*, thèse de Paris, 1881, obs. XLIV.

Homme de 59 ans, visité par moi avec le Dr Herbert Reushaw de Sale, le 10 juillet 1871. Six mois auparavant, il avait commencé à se plaindre d'une douleur dans le dos, de perte d'appétit, d'affaiblissement des forces, de constipation. La douleur dorsale était continue et présentait un caractère très aigu nécessitant l'emploi d'injections hypodermiques de morphine. Urine pâle et abondante, mais rendue d'une façon irrégulière. Jamais, jusqu'à ma visite, elle n'avait contenu de sang ni d'albumine.

Un mois auparavant, le malade avait présenté une suppression

complète d'urine pendant 4 jours. On en vint à bout en forçant le malade à marcher entre deux assistants, La miction revint et la douleur disparut. A partir de ce moment, cependant, la miction devint très irrégulière et on remarqua que lorsque l'urine coulait librement la douleur dorsale était soulagée, mais qu'elle augmentait, au contraire, lorsque l'urine était supprimée depuis quelque temps. Après l'attaque de 4 jours dont nous venons de parler, le malade se trouva beaucoup mieux et alla à Southport. Là, il fut pris de diarrhée et forcé de retourner chez lui.

Au moment de ma visite, il souffrait beaucoup de sa douleur dorsale. Grande faiblesse, jambes légèrement œdématiées. Il rendait alors quotidiennement une ou deux pintes d'une urine claire contenant une légère trace d'albumine. Je priai qu'on recueillît l'urine de chaque jour et qu'on me l'apportât chacun des trois jours suivants. Le premier jour, le malade rendit deux pintes, le deuxième 1 pinte et le troisième 8 onces. *Les trois jours suivants, l'urine fut complètement supprimée* et le malade mourut. Les caractères de l'urine furent toujours les mêmes ; elle était pâle et diluée, d'une densité variant en 1009 et 1010. Elle était acide et contenait des traces d'albumine.

Les symptômes, durant les trois derniers jours, furent les suivants (ils furent notés par le Dr Reushaw et la femme du malade, car, pour mon compte, je ne le vis qu'une fois) : Augmentation de la faiblesse, respiration suspirieuse, diarrhée les deux derniers jours, soubresauts des muscles, délire lorsque le malade était laissé à lui-même, mais conscience parfaite jusqu'à la fin, lorsqu'on excitait son attention. Ni coma, ni convulsions.

Autopsie. — Corps ne présentant aucune odeur ammoniacale ou urineuse. Tous les organes sains, sauf l'appareil urinaire. L'origine des désordres était une masse squirrheuse très dure, de la grosseur d'une orange, et remplissant à moitié le bassin. Cette tumeur embrassait la base de la vessie et la prostate. Elle était adhérente et la comprimait dans l'étendue d'un pouce, mais on pouvait encore passer deux doigts dans la portion la plus rétrécie. Le siège du squirrhe de la paroi vésicale était le tissu sous-muqueux. Ni la muqueuse, ni le péritoine n'étaient envahis, mais présentaient des plis et des vides dus à la contraction de la paroi vésicale hypertrophiée. Tout le trigone était envahi. La lésion s'étendait au-dessus du trigone, se terminant par un bord abrupt et épais. Les parois

de la vessie dans la région envahie mesuraient 1/2 à 3/4 de pouce en épaisseur. Le bas-fond de la vessie était complètement sain ; sa capacité était d'environ une demi-pinte d'urine. L'urèthre traversait dans la longueur d'un pouce environ la prostate plus dense et présentant une épaisseur d'environ un pouce et demi. Le canal était du reste tout à fait libre ; on avait pu, pendant la vie, passer à plusieurs reprises une sonde sans la moindre difficulté.

Les extrémités terminales des deux uretères traversaient dans la longueur d'un pouce environ la masse squirrheuse ; leur trajet à ce niveau était tortueux et leur calibre rétréci par le tissu environnant, mais on pouvait encore y passer un stylet, ni l'un ni l'autre n'étant complètement obstrués. Au-dessus de la vessie, les uretères étaient dilatés et aussi larges que le petit doigt (le gauche l'était plus que le droit) et étaient distendus par de l'urine. Rein gauche très atrophié, pesant seulement 2 onces 1/2. Plus de trace des pyramides, ce n'était plus qu'une coque formée par la substance corticale réduite à une lame de tissu homogène d'apparence charnue. Le rein droit était augmenté de volume et pesait 7 onces ; il était aussi creusé à son intérieur, mais non aussi complètement. Les pyramides avaient disparu et la substance corticale commençait aussi à diminuer. Le bassinet avait les dimensions d'un œuf et était distendu par l'urine.

Il est évident que le rein gauche avait cessé de fonctionner depuis plusieurs mois ; que la conservation de la vie n'avait été due qu'à l'hypertrophie du rein droit, jusqu'à ce qu'enfin l'uretère correspondant eut été englobé dans le développement de la tumeur vésicale.

La tumeur avait contracté des adhérences et s'était étendue aux parties voisines du bassin. Les vaisseaux iliaques traversaient la masse squirrheuse et avaient été plus ou moins comprimés. C'est ce qui explique évidemment l'œdème des jambes.

Obs. 6. — John W. Farlow, Un cas de suppression d'urine pendant 12 jours, par compression des deux uretères, *Boston Medical and Surgical Journal,* 1889 (Traduction personnelle).

Mme B..., âgée de 35 ans, vint me consulter le 24 octobre 1887. Jusque là sa santé avait été bonne. Elle avait deux enfants, le plus

âgé, de 3 ans 1/2, et avait fait une fausse couche deux ans plus tard, probablement grâce à l'administration d'ergot et d'autres drogues. Par suite, elle avait dû rester au lit un certain nombre de jours, à cause de vives douleurs, mais fut bientôt probablement en bonne santé. En juin 1887, elle alla dans l'Ouest et, comme effet d'une mer démontée, elle éprouva le mal de mer. Elle rentra chez elle au mois d'août, mais les nausées continuaient avec en même temps une fluxion accidentelle de la face. Aucune douleur spéciale nulle part.

Quoique régulièrement réglée, les nausées lui donnèrent à penser qu'elle pourrait être enceinte.

Je trouvai l'utérus en bonne position, mobile, ni ramolli, ni augmenté de volume. On nota une sensation de résistance dans le côté gauche de l'abdomen, par une forte pression du côté du pelvis, probablement dans le ligament large. On trouva également une très légère résistance à droite dans une situation homologue. Derrière l'utérus et le cul-de-sac de Douglas, je trouvais plusieurs nodules, durs, saillants, sans connection apparente avec l'utérus. J'écrivis sur le registre d'observation : « Pas de grossesse, simple inflammation ou affection maligne, ou les deux ensemble ? Examiner les urines.

Le lendemain elle envoya chercher un autre médecin qui examina son urine, la trouva très pâle, d'une densité d'environ 1,000, sans albumine ni sédiments décelables à l'examen microscopique.

Le 29 octobre, la couleur était pâle, la réaction acide, la densité de 1010, la quantité émise en 24 heures de plusieurs pots, avec de l'albumine en proportion notable, des éléments épithéliaux, de la dégénérescence granuleuse, du pus et quelques formes hyalines et granuleuses. On fit un diagnostic de mal de Brigth. Les vomissements continuèrent, elle eut de l'œdème de la face et une toux très pénible.

Ne se trouvant pas améliorée, elle appela un médécin homœpathe, mais son état ne s'amenda pas, et chaque jour on décelait une petite quantité d'albumine dans l'urine. Dans les derniers jours de novembre, elle passa quatre nuits et quatre jours sans uriner, son état général restant stationnaire. Elle urina de nouveau et abondamment jusqu'au 15 décembre ou de nouveau elle se trouva en anurie. Les nausées, les vomissements reparurent plus forts que jamais et elle eut de l'œdème de la face et du cou.

Je la vis de nouveau le 23 décembre, deux mois après ma première visite, et la trouvais au lit. Face et paupières bouffies, mais pas d'œdème généralisé. Peau sèche, pupilles normales, rien au cœur ni aux poumons. Pouls à 80 et bon. Pas d'hypertrophie du ventricule gauche. Tympanisme abdominal. Ni ascite, ni tumeur. Région iliaque gauche un peu sensible. Au toucher vaginal, utérus mobilisable non augmenté de volume. Masse dure, irrégulière dans le cul-de-sac de Douglas s'étendant vers la gauche, moins marquée à droite, plus franchement sentie et plus douloureuse au toucher rectal. Pas d'urine dans la vessie. Vomissements incessants. Intolérance même du lait et de la limonade. Pas de selles pendant 4 jours et anurie de 8 jours.

J'essayai par des manœuvres variées et en mettant la malade en diverses positions, de voir si je pourrais déplacer la tumeur et déplacer la cause de l'obstruction à l'écoulement de l'urine, mais sans succès. J'ordonnai des pilules (elaterci gr. 1,10) toutes les heures jusqu'à troubles intestinaux.

Je la plaçai dans une étuve, mais elle s'y trouva mal et ne put y rester que quelques minutes. Des couvertures et des bouillottes provoquèrent une sudation abondante, et la nuit elle eut une quantité de selles en diarrhée.

Elle paraissait se relever, et il ne restait plus qu'un léger œdème de la face. Temp., 37°5.

Le jour suivant 24 décembre elle conserva le lait et la limonade. Il y eut plus de sensibilité dans les deux fosses iliaques.

25 décembre. — Nuit bonne. Ni selle ni urines. Le Dr Cabot vit la malade avec moi et nous fûmes d'avis que la tumeur du cul-de-sac de Douglas était probablement une tumeur maligne et que si elle ne l'était pas, elle comprimait les deux uretères à leur entrée dans la vessie. Nous décidâmes de continuer le traitement symptomatique et si l'urine reparaissait, si le cas allait mieux, de songer à la question d'opérer pour lever l'obstacle sans toutefois beaucoup d'espoir de succès. Les vomissements examinés par le Dr Gaunet ne contenaient ni albumine, ni urée. La malade put se mettre sur une chaise et passa un jour de Noël gaiement, bien qu'il y eut anurie depuis 10 jours.

26. — Nuit sans sommeil. Anurie. Une seule selle. Pas d'œdème. Journée assez bonne. Pieds froids obligeant à garder une bouillotte; dans l'après-midi, à ma requête, elle se mit sur les geuoux et il

s'écoula un peu plus d'une cuillerée à café d'urine, la première fois depuis le 15 décembre. Elle contenait d'abondantes traces d'albumine, de l'épithélium vésical, quelques amas de cellules rondes et une très petite quantité de blocs hyalins et épithéliaux.

27. — Très mauvaise nuit, insomnie et grande sensation de faiblesse. Dans la matinée, il s'écoula 2 fois environ 30 grammes en tout. Elle dit qu'elle souffrait et elle sembla en incontinence. Urines claires. Densité, 1010. Albumine comme autrefois. Pas de cylindres. Pas de soulagement. Peau sèche. Bouillottes dans la journée, près d'une pinte et demie d'urine. Elle était beaucoup plus mal et vomissait.

28. — Elle resta bien durant la nuit, mais à 3 heures après minuit, elle présenta des convulsions généralisées et de nouveau à 9, 10 et 11 heures à de fréquents intervalles, jusqu'à 7 heures du lendemain matin, en tout 30 accès. Les convulsions présentaient les mêmes caractères que celles de l'urémie ou de l'éclampsie, et étaient séparées par des intervalles de coma. Il s'écoula 2 quarts d'urine dans les 12 heures qui précédèrent les convulsions et dans la journée, d'abondantes quantités passèrent involontairement.

29. — Elle reprit un peu connaissance de bonne heure dans la matinée. Peau moite, pouls plus régulier.

30. — Nuit calme, sommeil. Connaissance parfaite dans l'après-midi. Incontinence fréquente. Pouls irrégulier.

31. — Très peu de sommeil. Environ 2 quarts d'urine par jour. Céphalée. Pas de nausée. Plusieurs selles après purgation.

1er janvier. — Sommeil bon Céphalée. Douleurs dans les reins et dans le ventre.

2. — Elle boit 2 quarts de lait et en urine autant. Poids spécifique, 1010. Urée, 14 gr. 35 par litre, 28, 70 grammes par 24 heures.

4. — Rein droit accessible à la palpation, non bosselé et pas beaucoup s'il l'est, augmenté de volume, mobile et un peu sensible. Rein gauche non senti. Soulagée par douche chaude.

8. — Elle se lève. Deux quarts d'urine par jour comme auparavant.

9. — Anurie depuis 4 heures après minuit la veille. Urée alors, 10,24 gr. pour 20 cent. cubes d'urine. Un peu d'œdème des paupières et nausées, une selle. Douleur dans le côté droit ; le rein droit est plus gros, rien à gauche.

Par le toucher vaginal, la tumeur semble plus grosse et plus

dure. 0 gr. 16 de pilocarpine en injection sous-cutanée produisent un très faible résultat.

10. — Levée. Anurie. Bain chaud.

11. — Céphalée. Pas de nausées.

12. — Plusieurs selles diarrhéiques. Règles pendant plusieurs jours, plus que d'habitude.

13. — Nuit mauvaise. Céphalée violente. La malade a bu près de 2 quarts d'eau qui ont déterminé 12 selles.

Figure bouffie. Sensation de faiblesse.

14. — Langue très sèche, pupilles normales. Pouls, 70.

Le rein droit semble un peu plus gros.

15. — Mieux. Levée. Anurie depuis le 8. Le matin, la malade urine 3 onces et se sent faim. La face est bouffie. Deux quarts de lait dans la journée.

16. — Nuit sans repos ni sommeil.

Moins de céphalée et de nausées. Plusieurs gardes-robes et un quart d'urine. Pouls, 70.

17. — Nuit meilleure. Un quart et demie d'urine dans les 24 heures, présentant les mêmes caractères qu'auparavant, mais avec du pus en quantité considérable. Grande faiblesse, besoin d'air. Cauchemars dès la moindre tentative de sommeil.

18. — Bonne nuit, mais un accès de convulsions vers le matin. Plus tard dans la journée elle parut mieux. Emission de 2 quarts et demie d'urine dans la soirée et la nuit et d'un quart dans la journée. Douleur vive dans la région hépatique quand elle veut se bouger. Le Dr E. Wood examine plusieurs échantillons d'urine mais n'y trouve jamais rien que je n'ai déjà signalé, sauf dans l'urine d'avant-hier où plusieurs amas de larges cellules semblaient indiquer une affection maligne.

19. — Nuit bonne. Un quart et demie d'urine. Nausées. Pas de céphalée. Dans les urines d'avant-hier, beaucoup de cellules épithéliales, nids d'épithéliums et quelques papilles revêtues d'épithélium.

Rien à noter sauf un vomissement accidentel.

20. — Crampe vive dans le côté droit, angoisse stomacale. Elle paraît très mal. Pas d'œdème. Respiration difficile. Mains et pieds insensibles.

21. — Mieux dans la nuit.

22. — Très mauvaise nuit. Beaucoup de vomissements. Céphalée,

Respiration très difficile. Elle croit qu'un écoulement sort à flot par le vagin.

Pas de fistule dans le vagin ou le col et un tampon placé plusieurs heures dans le vagin, ne porte pas traces de fèces. Pouls très faible.

23. — Excitation et délire.

Estomac plus embarrassé, vomissements fréquents.

25. — Ulcération des lèvres et des gencives. Les jambes ne peuvent se refaire. Elle demande des fortifiants. Douleur interne dans la région iliaque gauche. Le ligament large droit est dur et résistant comme l'est aussi le côté gauche du pelvis. Les bosselures de la tumeur du cul-de-sac de Douglas sont plus accusés.

26. — Un peu de mieux. Urine comme auparavant.

29. — Anurie depuis hier matin. Frisson à 10 heures (A. M.) après minuit suivi d'autres dans la journée.

30. — Anurie. Grande faiblesse. Pas de repos.

Rein gauche senti, mobile, plus sensible et un peu augmenté de volume. Pas d'œdème.

Mort par épuisement, à 6 heures après minuit.

Autopsie par le Dr W. Gaunet 22 heures après la mort.

Les deux uretères près de leur entrée dans la vessie, étaient emprisonnés dans un tissu dense et fibreux qui réduisait leur calibre, de sorte qu'une très petite sonde pouvait passer. Ce tissu s'étendait à l'autre côté dans les ligaments larges. Les uretères présentaient une dilatation modérée au-delà de leur point comprimé et les bassinets aussi. Ils étaient plus pâles et ne portaient point trace d'altérations pathologiques. La vessie, le vagin, le rectum n'étaient pas du tout unis avec la masse des uretères.

Obs. 7. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Debove et Dreyfous, *Société médicale des hôpitaux*, in thèse de Merklen, *Etude sur l'anurie,* Paris, 1881, obs. XXXIII.

Femme de 70 ans, entrée le 25 août à l'Hôtel-Dieu. Pas d'antécédents. Douleurs vagues depuis quelques mois.

Première attaque d'anurie de 3 jours, suivie de retour de la sécrétion urinaire. Anurie définitive depuis le 23 août. Pas de phénomènes particuliers à l'entrée.

Du 25 au 31 août les seuls faits à noter sont les suivants :

1° La température axillaire s'abaisse et varie de 37 à 36°3.

2° L'haleine est infecte, odeur de poisson pourri.

Le 31, 8e jour de l'anurie, nausées, vomissements, lourdeur de tête. Temp: matin, 36°4 ; soir, 36°8.

1er septembre. — Temp. matin, 36°4 ; soir, 36°4.

Le 2, selles fétides, glaireuses. Vomissements bilieux. Sensation de chaleur interne. Temp., 36°5 ; 36°6.

Le *3*, injection sous-cutanée de 0 gr. 02 cent. de nitrate de pilocarpine suivie de salivation abondante et de vomissements : 400 gr. de salive renfermant 5 grammes d'urée pour 1,000 grammes. Après 2 gr. 61. Temp., le soir, 35°5.

Pas d'effet thérapeutique appréciable.

Le *4*. — 12e jour. Diarrhée. Inappétence. Insomnie.

Le *5*. — Somnolence. Gémissements. Vomissements. Pouls irrégulier, inégal, petit. Temp., 36°3 ; 37°2.

Le *6*. — Même état. Ecoulement de sang par le vagin.

Le *9*. — 17e jour. Semi-coma, Les urines reparaissent. Le sang renferme 4 gr. 04 d'urée pour 1,000 ; les matières fécales en contiennent 0,139. Temp., 35°4 ; 36°.

Le *10*. — Nausées, vomissements. Le sang renferme 3,989 d'urée pour 1000.

Le *11*. — Le sang renferme 4,186 d'urée pour 1000. 150 grammes d'urine D. 1012 renfermant 0 gr. 50 d'urée pour 1000.

Les vomissements et la somnolence persistent, épistaxis légère le soir.

Le *12*. — Moins de somnolence. Epistaxis. Constipation. Nausées.

Le sang renferme 4 gr. 441 d'urée, 155 gr. d'urine renfermant 10 gr. 75 d'urée pour 1000.

Le *13*. — Cris. Urines involontaires. Haleine moins fétide. Le sang renferme moins d'urée (3,90) et l'urine en contient davantage (15 gr. 50). Albumine. Pouls, 37° ; 37°5.

Le *16*. — Même état. Soif extrême. Moins de vomissements. Temp., 37°5 ; 38°5. Sang renfermant 2 gr. 62 pour 1000. Urines (148 gr.) 15 grammes.

Le *14*. — Mort par affaiblissement progressif.

Autopsie. — Cancer du col de l'utérus sans propagation à la vessie ; dilatation considérable de l'uretère droit qui renferme 250 grammes d'urine sanguinolente contenant 7 gr. 30 d'urée par

litre. Dilatation de la grosseur d'un poing du bassinet du même côté. Rein pâle. Atrophie de la substance corticale ; cercles hémorragiques entourant les pyramides.

Uretère gauche moins dilaté, renfermant 4 grammes de liquide purulent. Calice et bassinet dilatés. Rein œdématié, mou, points hémorragiques à la base des pyramides.

Liquide des plèvres renfermant 4 gr. 59 d'urée pour 1000 gr. Cerveau contenant 1 gr. 727 d'urée pour 1000.

Obs. 8. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Jaboulay, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902, p. 488.

B. M. ., âgée de 53 ans, atteinte de cancer utérin avec anurie datant de 8 jours ; l'uretère fut découvert du côté gauche après incision suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire ; une ponction fut pratiquée dans le canal dilaté ; de l'urine s'écoula aussitôt ; l'uretère fut suturé à la peau. La sécrétion urinaire se rétablit le jour même ; le lendemain, l'état s'était un peu amélioré. La mort survient deux jours après l'opération.

A l'autopsie les deux reins étaient petits et atrophiés ; les bassinets très dilatés.

Obs. 9. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin. Néphrostomie.* — Legueu, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu,* Paris, 1901, obs. III.

Le 27 juin 1899, j'étais appelé à Versailles par mon confrère le Dr Milon, auprès d'une malade atteinte de cancer inopérable de l'utérus. Depuis 5 jours elle était anurique : l'anurie était survenue brusquement et la malade ne présentait aucune trace d'urémie. Il n'y avait pas d'œdème, la pupille n'étant pas rétrécie, il n'y avait aucun malaise : la tolérance était parfaite. Les deux reins se sentaient, ils avaient un volume à peu près égal, débordant de trois travers de doigt les fausses côtes de chaque côté. Du côté droit il n'y avait pas de douleurs à la palpation ; mais du côté gauche, le rein était un peu sensible.

La malade était âgée de 42 ans ; elle était au courant de sa situation, elle savait qu'elle était atteinte d'un cancer, que sa maladie était incurable, que ses jours étaient comptés. Mais aussi elle était mère de famille, elle avait besoin de vivre encore quelque temps et elle nous demandait de différer au besoin par une opération l'issue fatale dont elle se sentait menacée à brève échéance.

L'OPÉRATION fut pratiquée séance tenante ; je choisis le rein gauche parce qu'il était douloureux ; c'était pour moi l'indice que ce rein venait d'être brusquement troublé dans son excrétion, qu'il était le dernier atteint, c'est-à-dire le moins lésé.

Une incision lombaire pratiquée sous l'anesthésie chloroformique me permit de mettre à nu le bord externe du rein gauche. Je le reconnus facilement : il était dilaté mais une bonne épaisseur de parenchyme était encore conservée. Je le ponctionnai au bistouri et introduisis un drain dans l'orifice que je fixai à la peau. Au moment où le rein fut ouvert, une certaine quantité d'urine s'échappa du bassinet.

Ultérieurement, le drain fonctionna régulièrement, et chaque jour une quantité d'urine, dont je n'ai pu avoir la valeur numérique, s'écoula par le drain.

A plusieurs reprises, notamment dès le lendemain de l'opération, quelques grammes d'urine passèrent par la vessie et l'uretère ; cette urine venait probablement du rein opéré dont l'uretère conservait ou retrouvait de temps en temps une perméabilité d'occasion.

Cette malade fut opérée le 27 juin 1899 ; elle mourut le 27 novembre de la même année, soit cent cinquante jours après l'opération.

OBS. 10. — *Anurie par cancer de l'utérus. — Néphrotomie.* — CHAVANNAZ, *Annales de Gynécologie*, 1899, t. I, p. 368.

La nommé Marie R..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 8 septembre 1898. Cette femme a été conduite à l'hôpital par son mari qui, pour tout renseignement, a fait connaître qu'elle n'avait pas uriné depuis 3 jours.

Nous voyons la malade le soir même. Elle est dans un état comateux interrompu, de temps en temps, par des périodes d'agitation et on ne peut obtenir d'elle aucun renseignement. Elle est pâle,

es pupilles sont dilatées, la température axillaire est de 38°, la palpation de l'abdomen montre que le rein droit est augmenté de volume, il descend presque jusqu'à l'ombilic. Le rein gauche ne peut être senti. Par le toucher vaginal nous constatons l'existence d'un épithélioma de l'utérus. Il s'agit d'un épithélioma infiltré qui a dépassé l'utérus ; celui-ci est absolument immobilisé. Le vagin n'est pas envahi. Une sonde introduite dans la vessie ramène 2 à 3 cent cubes d'urine très trouble.

En présence de ces symptômes, le diagnostic ne saurait être douteux et une intervention semble s'imposer, mais par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, nous ne pouvons la pratiquer et nous nous contentons de faire à notre malade une saignée de 500 grammes, suivie immédiatement et par la plaie même de la saignée d'úne injection de 500 grammes de sérum artificiel. Le même traitement est appliqué le lendemain 9 septembre.

Le *10*, la sonde ramène de l'urine en abondance ; la malade reprend connaissance et elle peut nous fournir les renseignements touchant son histoire. Marie R... a de bons antécédents héréditaires, elle a eu 5 grossesses à terme, 4 de ses enfants sont vivants, le 5e est mort à 14 ans d'une fièvre typhoïde. Elle n'avait jamais été malade, lorsqu'en avril 1897, ses règles jusqu'alors régulières, furent remplacées par des pertes sanguines continues ; celles-ci ont beaucoup diminué dans les 3 derniers mois qui ont précédé l'entrée à l'hôpital ; mais, par contre, il y eu une leucorrhée abondante. Elle ne fournit pas de détail sur le fonctionnement de son appareil urinaire.

La malade est une femme encore vigoureuse bien qu'elle ait un peu maigri dans ces derniers temps.

L'état relativement bon du 10 septembre ne pouvait durer longtemps et le 18 septembre les urines se suppriment.

Le *20*, nous faisons une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. L'anurie reste complète sans que la malade s'en trouve incommodée, elle n'est pas fatiguée et on note seulement une dilatation pupillaire exagérée.

Le *25*, le tableau change, la malade a de la céphalée et souffre du côté droit des reins.

Le *26*, au matin, vomissement. La langue est bonne, mais il y a de la bouffissure de la face ; le pouls est à 120° ; les pupilles sont contractées ; la malade a cependant toute sa connaissance. Le rein

droit descend jusqu'au niveau de l'ombilic ; le rein gauche n'est pas perceptible.

Nous décidons alors d'intervenir immédiatement.

Opération. — Après précautions antiseptiques et sous chloroforme, la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, nous mettons le rein droit à découvert grâce à une incision lombaire. Cette incision permet de constater que le tissu cellulaire sous-cutané et l'atmosphère celluleuse du rein sont infiltrés de sérosité. Le rein suffisamment isolé est maintenu par deux fils de soie, le bistouri est plongé suivant son bord convexe jusque dans le bassinet, le rein est ouvert sur une longueur de 4 centimètres. Immédiatement jaillit un liquide sanguinolent en quantité assez abondante. Le doigt introduit par la plaie rénale ne peut atteindre les limites du bassinet. L'hémorragie rénale cède assez vite à l'application d'eau chaude stérilisée et à une légère compression. Chacune des lèvres de la plaie rénale est réunie par 3 fils de soie à la paroi musculaire. Quelques catguts diminuent la grandeur de la plaie. La peau est réunie au crin de Florence en ménageant toutefois le passage d'une mèche de gaze stérilisée qui a été au préalable introduite jusque dans le bassinet. La plaie est ensuite recouverte d'un épais pansement formé de gaze et de ouate stérilisées.

Le *26*, au soir, il s'est fait par la plaie un écoulement de sang et d'urine qui a mouillé complètement le pansement et qui a nécessité le changement des draps. Le pansement est refait et la mèche de gaze introduite dans le bassinet est remplacée par un gros drain. La malade se sent bien ; elle souffre cependant un peu au niveau de la plaie. Elle répond bien aux questions qu'on lui pose ; elle n'a pas de vomissements. Le pouls est plein, de fréquence normale ; la température axillaire est de 36°8.

Le *28*, la malade est toujours extrêmement mouillée par le liquide qui s'écoule de la plaie ; elle dégage une odeur nettement urineuse. L'état est bon ; la température est de 36°8 le matin et de 37° le soir.

Le *30*, la malade a eu dans la nuit et le matin deux mictions spontanées par l'urèthre ; à son dire, l'urine était trouble, mais cette urine n'a pas été conservée pour être soumise à notre examen. La malade est en bon état, toutefois, le soir, la température atteint 38°

Le *1er octobre*, la malade a encore rendu une fois de l'urine par

l'urèthre. La plaie a bon aspect. L'urine qui s'écoule par la fistule est recueillie pour être soumise à l'analyse. Celle-ci donne les résultats suivants : odeur normale, aspect transparent, sédiment très faible, densité 1017, réaction légèrement acide, couleur jaune pâle, urée 8 gr. 60 ; chlorure de sodium, 7 gr. 30 ; acide phosphorique, 0 gr. 92 ; albumine 2 gr. 60 par litre. L'examen microscopique décèle quelques hématies et quelques leucocytes.

Le *6*, ablation des crins de Florence.

Le drain du bassinet est remplacé par un autre.

Le *7*, la malade se trouve très bien, la température qui n'avait jamais dépassé 38° est revenue à la normale depuis 4 jours.

Le *8*, la malade est autorisée à se lever.

Le *14*, une sonde de Pezzer, n° 24, est introduite dans le bassinet. Dans la position couchée, toute l'urine s'écoule par la sonde et peut être recueillie dans un urinal, la malade n'est aucunement mouillée.

Le *17*, la sonde qui avait bien fonctionné jusqu'alors, est expulsée de la plaie, on la remet en place.

Le *18*, la sonde s'est encore déplacée ; elle est mise en place et fixée à la peau par un crin de Florence. L'urine recueillie et soumise à l'analyse donne les résultats suivants : odeur faible, aspect louche, sédiment faible, densité 1004, réaction légèrement acide, couleur jaune pâle, urée 7 grammes, chlorure de sodium 5 gr. 80, acide phosphorique 0 gr. 46, albumine 1 gr. 80 par litre. L'examen microscopique montre la présence de globules de pus.

Le *22*, la sonde fonctionne bien. On ne sent en aucune manière le rein gauche ; la pression au niveau de la région rénale gauche n'est pas douloureuse. Le rein droit se trouve un peu abaissé et encore un peu augmenté de volume.

Le *27*, la sonde est toujours bien tolérée, les urines sont redevenues claires.

Le *31*, bon état.

Le *8 novembre*, lavage du bassinet à l'eau boriquée, le liquide revient clair.

Le *10*, la malade munie d'un urinal rentre chez elle. Pour éviter l'effacement de la lumière de la sonde au cours et par suite de légers déplacements de la ceinture, la sonde de Pezzer traverse une petite canule métallique qui pénètre d'environ 1 centimètre dans l'orifice cutané de la fistule lombaire.

Depuis sa sortie de l'hôpital et grâce à l'extrême obligeance de son médecin M. le Dr Boyer (de Castelsagrat), nous avons eu à plusieurs reprises des nouvelles de Marie R... Le 8 mars 1899, M. le Dr Boyer nous écrit que notre malade est dans un état relativement satisfaisant. Elle se lève chaque jour, l'appétit est conservé, les urines ne sont pas purulentes, il n'y a pas de fièvre ; un seul lavage du bassinet a été nécessaire, mais il y a de l'œdème de la face et une albuminurie très marquée. Il n'y a pas de miction par l'urèthre, toute l'urine coule par la fistule. La tumeur de l'utérus continue à évoluer lentement.

Obs. 11. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Urétérostomie*, par M. Le Dentu. — Aumont, *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anurie due au cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1895, Obs. I.

C'était une femme de 33 ans, à laquelle M. Régnier avait pratiqué au mois de septembre l'hystérectomie totale par le vagin pour un cancer de l'utérus. Une récidive rapide sous forme de masses sous-péritonéales, avait amené l'obstruction des 2 uretères, par compression concentrique.

Depuis le 16 janvier 1889, la miction s'était suspendue. Des vomissements incessants étaient l'indice d'un empoisonnement urineux avancé. Le mercredi 23 janvier, une semaine après le début de l'anurie, je procédai à l'opération suivante ; grande incision oblique du flanc gauche et mise à nu de l'uretère dans la fosse iliaque jusqu'au point où se croisent les vaisseaux utéro-ovariens. Dilaté par l'urine, il apparaît au fond de la plaie sous la forme d'un cordon cylindrique d'un gris opalin, d'environ 7 à 8 millimètres de diamètre. Après l'avoir isolé avec précaution, je place en travers 2 pinces hémostatiques le plus bas possible et je coupe le conduit entre ces deux pièces avec des ciseaux.

Je ramène alors tout le tronçon supérieur, long d'environ 9 centimètres vers la partie la plus élevée de la plaie abdominale et je l'y fixe par 4 points de suture au crin de Florence. Drainage de la fosse iliaque. Sutures perdues des muscles et des couches sous-cutanées. Un tube de caoutchouc non fénêtré, engagé dans l'uretère, conduit l'urine à travers le pansement dans un urinal placé à côté de la malade.

Je recueille séance tenante une certaine quantité de ce liquide.

Dès le premier jour la sécrétion urinaire se rétablit ; au bout de 2 jours la quantité d'urine émise était de 1300 grammes.

Cependant, malgré une apyrexie complète, malgré une excrétion d'urée suffisante ; une diarrhée abondante, due sans doute à l'irritation intestinale par les masses cancéreuses qui l'enveloppent, affaiblit graduellement la malade.

Elle succombe au bout de 13 jours.

A L'AUTOPSIE, je trouvai le petit bassin envahi par des masses encéphaloïdes. La veine-cave était seulement aplatie, non oblitérée, mais les 2 veines rénales étaient presque complètement obstruées par un caillot dont la formation remontait sans doute à 2 ou 3 jours, car depuis 2 ou 3 jours la sécrétion urinaire s'était ralentie puis de nouveau suspendue.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DES REINS. — Les 2 reins présentent à l'œil nu un aspect absolument analogue, ils sont petits, à surface lisse, légèrement adhérent à la capsule. A la coupe, les 2 substances paraissent saines et conservent leur volume respectif. Le bassinet et les calices présentent une surface interne lisse, non congestionnée ; leurs parois ne sont pas épaissies. Au microscope il existe des 2 côtés des lésions d'ancienne sclérose disséminée, et en outre, du côté opéré, un foyer cortical d'inflammation récente. Les lésions communes aux 2 reins sont surtout marquées dans la substance corticale ; elles consistent en une abondance anormale du tissu conjonctif interposé aux tubes urinifères. Un grand nombre de glomérules sont dilatés, l'espace qui sépare le bouquet vasculaire de la capsule est agrandi et cette dernière se trouve épaissie par l'adjonction de couches feuilletées de tissu conjonctif ; quelques très rares glomérules sont tout-à-fait fibreux.

Les vaisseaux de la voûte sus-pyramidale sont atteints de péri et d'endartérite. Les reins ayant été examinés trop tardivement après la mort, on ne peut faire une bonne étude des épithéliums, qui sont en grande partie desquamés, surtout dans la substance corticale. Du côté du rein opéré on voit en outre des lésions communément décrites, un petit foyer de tissu embryonnaire intertubulaire et périglomérulaire ; à son niveau, l'épithélium des tubes contournés paraît plus altéré que dans les autres portions. Rien à noter dans la substance médullaire dans laquelle on ne distingue aucun foyer d'inflammation récente. Les 2 bassinets sont sains, sauf la desquamation épithéliale post-mortem.

L'examen bactériologique permet d'affirmer l'absence de micro-coques pyogènes.

En résumé, les 2 reins sont atteints de lésions anciennes, de sclérose peu avancée ; la dilatation des glomérules témoigne en outre d'une gêne mécanique dans l'écoulement de l'urine qui est survenue quand les uretères se sont trouvés englobés.

Dans le rein du côté opéré, la substance corticale contient un foyer embryonnaire qui, étant donnée l'intégrité de la substance médullaire, paraît dépendre d'une lésion descendante par élimination circulatoire. Il n'existe pas de pyélonéphrite ascendante infectieuse en dehors de la sclérose.

Obs. 12. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin, urétérostomie.* — Jabouley in A. Laboisne, *Des lésions urétéro-rénales au cours du cancer utérin,* thèse de Bordeaux, 1898-1899, obs. II.

Une femme de 53 ans, née à Uchizy, entra salle St-Paul, n° 30, le 9 juin 1892. Elle fut apportée à midi 1/2 au moment où le service des opérations était terminé. Son état paraissait grave, elle fut examinée par nous séance tenante. C'était une femme qui présentait de l'œdème des paupières, de la face et des membres inférieurs. Elle ne répondait à peu près rien et nous ne pûmes dans notre interrogatoire lui arracher que ces paroles : « Je n'ai pas uriné depuis huit jours ». A l'instant j'eus le pressentiment que nous étions en face d'un cancer utérin car le ventre était flasque, non distendu et sans saillie sus-pubienne globuleuse. Je fis immédiatement le toucher vaginal et constatai en effet un cancer du col ulcéré. Une sonde introduite dans la vessie ne ramena que quelques gouttes qui étaient épaisses et troubles.

Il y avait urgence à agir de suite, j'affirmai qu'il y avait envahissement des uretères par le néoplasme, que ceux-ci étaient distendus par l'urine accumulée au-dessus de l'obstacle, et je décidai malgré l'heure avancée, de faire le méat urétéral lombaire, mais du côté gauche seulement, réservant la même opération pour l'autre côté au cas d'une amélioration et d'une survie.

La malade fut portée sur le lit d'opération et soigneusement désinfectée dans la région lombaire, L'état général contre-indiquait une anesthésie régulière, quelques gouttes d'éther seulement furent administrées pour produire l'obnubilation, puis l'opération commença.

Le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, je fis rapidement une incision cutanée de 10 centimètres environ. Ce fut le seul temps qui éveilla quelque douleur ; puis l'incision des aponévroses fut faite et j'arrivai dans le tissu cellulaire rétropéritonéal.

L'index gauche plongé dans la plaie fut dirigé du côté de la colonne lombaire, et en revenant des corps vertébraux, il rencontra un cordon mou, dépressible sans pulsations, paraissant être gros comme le doigt et l'attira au dehors : c'était bien l'uretère. Une ponction au bistouri en fit sortir un jet d'urine qui fut projeté à une hauteur de 30 à 40 centimètres. Puis l'orifice fut agrandi et une ouverture de 2 centimètres de long environ fut pratiquée à ce conduit. Il était suffisamment élastique pour pouvoir être attiré jusqu'aux téguments et maintenu en face d'eux par une sonde cannelée. Une suture circulaire fut établie et un drain de petit volume placé et fixé dans le bout supérieur du conduit. La sonde cannelée enlevée, l'uretère se réduisit, entraînant et invaginant la peau qui lui était fixée. Il semblait que la traction était trop forte et que nous aurions peut-être mieux fait de sectionner transversalement le conduit en fixant isolément au dehors le bout supérieur et le bout inférieur.

Dans la soirée, l'urine s'écoula par le méat artificiel en quantité telle que le personnel hospitalier dut changer 4 fois les alèzes. A 4 heures, la température était de 36°5.

L'émission urinaire continua toute la nuit et le lendemain. La température resta au-dessous de la normale.

Le *10 juin*, la malade se trouva un peu mieux ; la température est à 37°, mais l'œdème des paupières et des membres inférieurs n'a pas diminué.

L'urine suinte toujours par l'orifice urétéral.

Le *11*, l'état étant stationnaire, je pensai que la décharge stationnaire d'un seul côté n'était pas suffisante, et je fis un méat urétéral droit.

Pour n'avoir pas à coucher la malade sur le côté gauche et à l'y maintenir un temps trop long, vu la gravité de son état, je fis cette opération para-péritonéale en employant à peu près la même incision que dans la néphrectomie de ce nom, cependant plus reculée. A l'aide de tractions, l'uretère put être attiré à la peau où il fut fixé, puis ponctionné, fistulisé et drainé. L'urine s'écoula immédiatement, mais le soir la température était montée à 39°5, le lendemain 13 juin, elle atteignait 40°.

Le *14* tout écoulement paraissait tari. Temp. 40°2 et le *15* la malade mourait à 4 heures du soir au moment où on la mettait au bain pour la première fois.

A l'AUTOPSIE, les reins apparurent petits et atrophiés dans la substance corticale surtout. En revanche, les bassinets étaient largements dilatés, mais vides d'urine, ainsi que les uretères. Bien que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué, nous pouvons dire qu'il y a eu une néphrite double, consécutive à l'opération et ayant évolué rapidement sur un terrain prédisposé à l'inflammation par la maladie antérieure.

OBS. 13. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — *Néphrostomie.* — JAYLE et LABBÉ, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1895, p. 197, obs. 2.

Marie D.., 32 ans, journalière, entrée salle Fracastor, n° 1, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr de Beurmann, le 2 juin 1894.

Elle se plaint de métrorragies et de pertes roussâtres, fétides, qui ont apparu il y a 3 mois. Peu de douleurs, au toucher, on constate que le col est volumineux, fongueux et présente tous les caractères de l'épithélioma utérin.

10 juin. — Curettage et cautérisation au fer rouge qui amènent les jours suivants la cessation des métrorragies.

31 juillet. — Second curettage et cautérisation, les hémorragies ayant reparu. Celles-ci disparaissent à nouveau, mais bientôt surviennent des vomissements fréquents bilieux, persistants en même temps que la fièvre se montre et que de vives douleurs apparaissent dans le petit bassin et dans les lombes. Les urines ne renferment pas d'albumine, mais ne sont pas très abondantes. En octobre les vomissements se calment un peu, mais reparaissent en novembre. La température reste élevée.

14 novembre. — La malade se plaint de ne pas uriner depuis hier ; on la sonde, mais la vessie est vide.

Le *20.* — L'anurie continue ; les vomissements sont redevenus très fréquents et surviennent toutes les 1/2 heures, nuit et jour. La malade sommeille continuellement, reste couchée sur le côté droit et se plaint de céphalée intense. Il existe un œdème assez marqué à la face, très peu marqué aux jambes.

Les pupilles sont légèrement dilatées.

La température est toujours élevée.

Le *23*. — L'état général continue à décliner; la malade est plongée dans un état de torpeur dont on ne la tire qu'avec peine. L'anurie persiste complète et dure depuis 10 jours.

A l'examen des hypocondres, on constate du côté droit une tumeur un peu douloureuse, mobile et qui semble être le rein augmenté de volume. Au toucher, on trouve un utérus énorme, immobilisé et qui remplit tout le petit bassin.

Le *24*. – Néphrotomie lombaire. Le rein est facilement trouvé et on le fixe par 2 fils de soie. Incision de 2 centimètres à peine sur le bord convexe du rein, puis introduction d'une pince de Lister jusque dans le bassinet et écartement des deux branches de la pince : il s'écoule aussitôt un demi verre d'urine non fétide. Drainage du bassinet au moyen d'une mèche de gaz iodoformée. Suture de la majeure partie de la plaie.

L'opération a duré un quart d'heure.

Suites opératoires. — Des plus simples.

Le *24*. — La malade a vomi une seule fois, mais abondamment. Elle a uriné par la vessie toutes les heures. Le matin nous trouvons un 1/2 litre d'urine sanguinolente.

La température, qui était depuis plus de 3 mois au-dessus de 38 degrés, et depuis un mois aux environs de 40° est tombée ce matin à 37°.

L'état général s'est amélioré et la malade n'est plus dans un état de torpeur aussi accentué que ces jours derniers.

Le pansement et les draps sont imbibés d'urine.

Le *26*. – La malade urine encore aujourd'hui un 1/2 litre d'urine sanguinolente.

Vomissements toute la nuit, pas dans la journée.

Le pansement est entièrement imbibé d'urine.

Le *27*. – Urine rendue par la vessie, 1/4 de litre. Le pansement et le lit sont imbibés d'urine. Amélioration marquée ; plus de vomissements.

Le *28*. — Urine rendue par la vessie, 1/2 litre, claire. Le pansement et le lit sont toujours imbibés d'urine comme les jours précédents.

L'amélioration continue : la malade demande à manger et prend du lait.

Le *29*. — Urine rendue par la vessie : 1 litre. Hémorragie assez abondante qui nécessite un tamponnement.

Le *30*. — Urine rendue par la vessie : 1/4 de litre. L'urine s'écoule toujours abondamment par la plaie lombaire qui est en parfait état. Pas la moindre suppuration

2 décembre. — Statu quo.

Le *6*. — La malade est abattue depuis 2 jours et a un peu de temp., 38°5. Elle n'urine plus par la vessie. La plaie lombaire donne issue à de l'urine trouble.

Le *9*. — L'urine qui sort par la plaie lombaire est rare et manifestement purulente. La plaie elle-même est en parfait état. La malade ne prend plus rien et sommeille continuellement.

Le *12*. — Mort dans le coma.

Autopsie. — L'autopsie montre le rein gauche atrophié, et l'uretère très dilaté.

Le rein droit est quadruplé de volume et transformé en une éponge purulente. Pas de suppuration de la paroi.

Poumons un peu congestionnés à la base. Foie hypertrophié et gras. Rate normale. Cœur flasque et atrophié.

N. B. — L'infection rénale a été secondaire, elle est due manifestement aux pansements et par suite aurait pu être évitée. La survie par suite de cette complication n'a été que de 19 jours.

Obs. 14. — *Anurie d'un néoplasme utérin. Néphrostomie.* — Legueu, De l'anurie dans le cancer de l'utérus, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 523 et suiv.

Cette femme a 51 ans et elle jouissait il y a un an encore, d'une parfaite santé. Ses règles étaient régulières : elle avait eu 4 grossesses, la dernière en 1883, tout s'était très bien passé et elle n'en avait conservé aucune trace fâcheuse, lorsqu'il y a 4 à 5 mois, elle constata quelques pertes de sang légères ; celles-ci se produisirent dons l'intervalle des règles, — car malgré son âge elle était encore réglée — et alternèrent bientôt avec des pertes blanches. L'écoulement devint alors séro-sanguinolent, c'était un écoulement roussâtre, d'odeur fétide et qui venait presque continuellement.

Malgré cela la santé restait bonne, la malade mangeait de bon appétit, elle ne maigrissait pas encore, mais son teint devenait un peu plus pâle.

Cette indemnité relative ne devait cependant que peu durer et depuis 3 mois le mal s'aggrave avec une rapidité considérable.

Des douleurs vives, intermittentes, lancinantes, sont survenues ; elles se localisent dans le ventre, à droite et à gauche, s'irradient dans les cuisses et dans les lombes.

En même temps, les besoins d'uriner deviennent plus fréquents mais depuis quelques semaines, malgré ces besoins fréquents, la malade a remarqué que la quantité de ses urines diminuait et elle n'était plus dernièrement que d'un demi-litre par jour.

C'est pour ces diverses raisons, pertes de sang et douleurs que la malade entrait à l'Hôtel-Dieu le 15 juin dernier et était admise salle Notre-Dame, n° 21. A la voir avec sa figure amaigrie et pâle, avec son teint jaune paille, il n'était pas difficile de soupçonner un cancer en évolution. Et, dès qu'on s'approchait de son lit, une odeur spéciale, cette odeur qui ne trompe pas, nous indiquait que le cancer siégeait à l'utérus.

L'exploration devait, hélas ! justifier ces suppositions.

Le fond du vagin est envahi par une masse fongueuse, irrégulière, saignant au moindre contact et dans laquelle on reconnaît difficilement au premier abord, les vestiges du col. Celui-ci est presque totalement envahi ou détruit. C'est un cancer végétant : tous les culs-de-sac sont pris, le droit comme le gauche, la paroi antérieure comme la paroi postérieure sont infiltrées. Mais la vessie n'est pas encore ouverte, et l'utérus fixé par l'infiltration cancéreuse se tient immobile, inabaissable au milieu de l'excavation pelvienne.

Il était donc inutile de discuter le traitement, dès mon premier examen j'étais fixé. L'extension du néoplasme, l'immobilité de l'utérus, les douleurs ressenties par la malade, tout cela rangeait ce cancer dans la catégorie de ceux que l'on ne doit pas, que l'on ne peut pas opérer.

Mais, depuis quelques jours, ainsi que je vous l'annonçais tout à l'heure, l'oligurie prend chez cette malade des proportions inquiétantes. Dans ces trois derniers jours, la quantité des urines oscille entre 130 et 150 grammes,

Et l'analyse de ces urines montre leur faible teneur en produits excrémentitiels : la quantité d'urée par litre est de 7 gr. 50, ce qui fait que 75 centigrammes seulement d'urée sont éliminés dans les 24 heures. Les chlorures sont de 4,80 au litre ; il y a en outre une certaine quantité d'albumine.

En même temps, je constate dans les régions lombaires et des deux côtés une tuméfaction importante des reins; il n'y a donc plus de doute, une complication grave se prépare. Nous sommes en imminence d'anurie et déjà il y a insuffisance urinaire.

L'état général devient de plus en plus mauvais ; la malade a une complète inappétence, elle vomit le peu qu'elle prend, ses jambes sont enflées, sa pupille est rétrécie. A ces signes, je reconnais l'urémie commençante et si je ne lui fais rien, cette femme va mourir d'ici quelques jours.

Opération. — Elle est pratiquée le 9 juillet 1901, avec l'aide de M. Chevassu, interne.

J'injecte d'abord dans le 3e espace intervertébral lombaire, 2 centigrammes de cocaïne.

La malade est couchée sur le côté gauche, et dix minutes après l'anesthésie est suffisante pour que je puisse commencer l'opération.

Incision lombaire classique, mais moins longue que d'habitude.

Après ouverture de la couche musculo-aponévrotique, la graisse périrénale apparaît ; au-dessous je vois le rein distendu. Je libère une faible partie de sa substance et le ponctionne au bistouri : un flot d'urine sanglante s'échappe. Dans l'orifice du rein je place une sonde de Pezzer qui entre librement et je ferme la plaie superficielle comme d'habitude, en laissant seulement l'orifice pour le passage de la sonde. L'opération a duré dix minutes.

L'urine s'écoula ultérieurement par la fistule, mais la quantité ne fut pas mesurée. Quelques grammes cependant passèrent par la vessie.

La malade supporta très bien le choc si minime de l'opération, mais la cachexie s'accentua rapidement et la mort survint au dixième jour.

Obs. 15. — *Néphrostomie pour anurie due au cancer de l'utérus.* — Jayle et Labbé, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1895 (Obs. I).

Marie B..., 43 ans, entre le 27 juillet 1894, à l'hôpital Broca, salle A, n° 18, dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer. La malade ne présente rien de particulier à

noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Relevons cependant qu'elle à eu sept fausses couches et un seul accouchement.

Il y a 3 ans, ont apparu des métrorragies intermittente, qui depuis ont toujours persisté. Les douleurs sont survenues dans ces derniers mois, mais ne sont pas excessives.

Lors d'un précédent séjour de la malade à l'hôpital, M. Pozzi, diagnostiqua un cancer utérin inopérable et fit deux curettages successifs avec cautérisation au fer rouge qui ne donnèrent pas une grande amélioration.

Dès le 16 juillet, la malade avait des mictions fréquentes et se plaignait d'une légère sensation de cuisson en urinant.

Le *24*. — La malade n'urinait plus une goutte. L'anurie est restée totale du 24 juillet au 6 août, c'est-à-dire pendant 13 jours. Au début, aucun phénomène grave d'anurie ne se produisit. La face était un peu bouffie ; il existait de l'œdème surtout aux membres inférieurs, mais peu marqué.

Quelques vomissements survinrent du 4 au 6 août, la diarrhée apparut le 6 août. A la palpation des régions rénales, on trouvait le rein gauche plus abaissé que normalement et semblant augmenté de volume.

Du *27 juillet* au *7 août* la température ne dépasse pas 37°8.

Après quelques hésitations, la malade finit par accepter mon intervention.

Le *6 août*, je pratiquai la taille rénale du côté gauche seulement pour des raisons que j'indiquerai plus loin.

Le bassinet n'était pas dilaté, je me bornai donc à l'incision du parenchyme rénal sur le bord libre et dans une étendue de 4 cent. L'opération se fit très facilement, il ne s'écoula pas d'urine. Je ne tentai pas de faire la marsupialisation et je me contentai d'un drainage à la gaze iodoformée.

Le *7*, le pansement est infiltré de sang et d'urine.

Du *7* au *11*, l'écoulement d'urine par la plaie est très abondant. Amélioration de l'état général ; l'œdème disparaît.

Du *11* au *15*, la malade urina par la fistule rénale la valeur de 3 verres d'urine claire. Depuis ce temps, la quantité par le méat a beaucoup diminué, mais l'écoulement reste très abondant par la plaie.

6 octobre. — Il ne reste dans la région rénale qu'une fistule qui

fournit toujours de l'urine en très grande quantité. L'écoulement par l'uretère ne se fait que par intermittence. Les accideuts anuriques ont complètement disparu : la température est normale, l'appétit est assez bon, mais la malade se cachectise de plus en plus.

Le *8*. — L'orifice de la fistule rénale se rétrécit et on met un drain. La cachexie se prononce de plus en plus. Les urines rendues par l'urèthre sont rares et albumineuses.

Par la plaie lombaire, il suinte une assez grande quantité d'urine,

Le *30*. — Depuis quelques jours est apparu un peu d'œdème au membre inférieur gauche.

La plaie lombaire conserve le même aspect, il n'y a pas de suppuration. La malade est réduite à l'état squelettique et prend à peine de la nourriture.

19 novembre. — La cachexie est devenue extrême et la malade s'éteint dans l'après-midi, *105 jours après l'opération*. Jusqu'au dernier jour, la fistule lombaire a donné de l'urine.

Autopsie. — L'autopsie montre que les deux uretères sont dilatés, comprimés, et envahis par le cancer utérin. Le rein droit est atrophié et kystique. Le gauche présente des lésions analogues à celles que l'on constate sur le rein droit ; le bassinet communique franchement avec la plaie lombaire ; il n'y a pas la moindre suppuration.

Examen des autres organes : cœur légèrement atrophié. Pas de lésions orificielles. Poumons : pas de grosses lésions. Un très léger épanchement dans la plèvre droite. Rate normale. Foie de consistance presque normale, renfermant quelques noyaux cancéreux à sa surface.

En résumé : néphrite double, atrophiante et généralisation.

Obs. 16 — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin*. — *Néphrostomie*. — G. Nanu, de Bucharest, *XIIIe Congrès international de Médecine de Paris*, 1900, section de chirurgie urinaire.

La femme avait un cancer avancé du col ; le corps de la matrice était très volumineux et avait une surface irrégulière ; depuis quelque temps, oligurie, céphalée, nausées, etc... Enfin bientôt elle eût une anurie complète qui a persisté pendant 10 jours. Du côté des reins il n'y avait pas de phénomènes appréciables de rétention.

J'ai décidé de lui faire une fistule rénale lombaire et j'ai choisi le côté gauche pour opérer, parce que la tumeur de l'utérus s'était développée surtout de ce côté.

J'ai trouvé le rein gros, hyperémié et long de 15 centim. mais en le sectionnant, jusqu'au bassinet, je n'ai pas trouvé la moindre rétention urinaire ; il n'y avait pas de dilatation des calices et du bassinet.

Vers le soir, on retire de la vessie 40 grammes d'urine sanguinolente.

Depuis lors elle n'a plus eu la moindre goutte d'urine par l'urèthre mais dès le lendemain les phénomènes urémiques ont disparu. La malade se sentait mieux et elle aurait été très contente si elle n'avait pas eu les douleurs causées par le néoplasme de l'utérus.

On voit que contrairement à ce qu'on aurait dû s'attendre, il n'y avait pas de rétention rénale, c'est-à-dire d'hydronéphrose. Cependant l'obstruction n'a pu être rapide, mais lente. Cela serait en accord avec l'opinion de Donnadieu qui prétend qu'au début il n'y aurait pas d'hydronéphrose, mais une simple dilatation des tubuli.

J'ai suivi cette femme pendant 113 jours à partir de l'opération. Après ce laps de temps des phénomènes de rétention auraient dû se montrer du côté du rein non opéré ; or je n'ai rien observé de semblable. Le rein a conservé son volume normal et il n'était pas douloureux.

On le voit, en dehors de l'intérêt que cette néphrostomie peut avoir au point de vue de l'opportunité du traitement palliatif de l'anurie, elle a la valeur des expériences qu'on a fait pour élucider la pathogénie des rétentions rénales.

Obs. 17. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrotomie.* — Jayle et Desfosses, in Aumont, *Contribution à l'étude du traitement de l'anurie consécutive au cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1895, obs. IV.

R..., Eugénie, âgée de 33 ans, bonne, entre, le 2 janvier 1895, dans le service de M. Beurmann, à l'hôpital Broca, salle Fracastor C.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Antécédents personnels : Variole dans l'enfance. Bonne santé habituelle. Jamais de grossesse. Il y a six ans, la malade contracta la syphilis et fut soignée à l'hôpital Broca.

Depuis plusieurs mois, la malade s'est aperçue que ses règles devenaient irrégulières et abondantes. Elle éprouve une difficulté croissante d'uriner. Perte des forces, diminution de l'appétit. En même temps, elle souffre beaucoup dans le bas-ventre.

Le symptôme dont elle se plaint le plus, c'est la difficulté qu'elle éprouve à uriner, et c'est surtout pour les accidents de dysurie qu'elle présente qu'elle vient à l'hôpital.

Etat actuel, 2 janvier 1895. — Femme non encore cachectisée, mais fatiguée par de vives souffrances. Au toucher, on trouve un cancer qui a détruit tout le col de l'utérus et envahi la paroi vaginale antéro-latérale droite ; la paroi recto-vaginale paraît saine.

La malade est sondée, et on retire de l'urine claire ne contenant ni sucre, ni albumine. Pas de pus.

Ecoulement séreux vaginal pas très abondant. Pas d'hémorragie.

Poumons, cœur sains. Pas d'appétit.

15 février. — Depuis son entrée à l'hôpital, la malade s'est cachectisée, les forces ont disparu et le repos complet au lit est devenu nécessaire.

En même temps ont apparu des douleurs atroces dans le petit bassin, s'irradiant dans les reins et dans les cuisses, arrachant des cris continuels à la malade. Après avoir cédé les premiers temps à la morphine, elles ne disparaissent plus, bien que la malade demande et reçoive jusqu'à 10 piqûres par jour. Concomitamment, les urines deviennent de plus en plus rares.

Le ventre est tendu et douloureux. Pas de troubles rectaux.

La masse néoplasique occupe tout le petit bassin et remonte dans l'abdomen, formant une grosse tumeur.

1er mars. — La malade décline à vue d'œil. Amaigrissement considérable, insomnie, perte complète de l'appétit. Face couleur de cire.

On est obligé de sonder la malade.

5. — Cette semaine a apparu de l'œdème qui s'est d'abord montré aux petites lèvres et aux malléoles péronières.

10. — L'œdème a augmenté et a bientôt gagné les deux membres inférieurs et l'abdomen, remontant jusqu'au thorax. Les mains sont également œdématiées.

Avec l'apparition de l'œdème, coïncide une atténuation des douleurs.

L'urine retirée par la sonde n'atteint plus que la quantité de 250 grammes par jour.

Petites ulcérations au niveau des ischions.

19. — L'état général est des plus précaires : la malade a de la gène respiratoire et ne prend, pour ainsi dire, plus rien : à peine peut-elle supporter quelques gorgées de grog ou de champagne glacé ; le lait est rejeté aussitôt qu'il est pris.

Vomissements alimentaires et aqueux.

Langue un peu sèche.

Bourdonnements d'oreille.

Œdème considérable : la malade ne peut plus bouger dans son lit.

Pas de température jusqu'à ce jour.

La quantité d'urine excrétée varie, depuis plusieurs jours, de 10 à 30 grammes par 24 heures.

Opération le 21 mars. — La néphrotomie proposée à la malade est acceptée et pratiquée. Chloroforme.

Le rein droit, un peu abaissé et vaguement perçu à travers les téguments infiltrés, est choisi de préférence.

L'opération est simple et rapide ; disons simplement que les tissus traversés par l'incision étaient très fortement infiltrés, que le rein n'a pu être fixé, les fils le coupant, et qu'il n'y avait pas d'urine dans le bassinet.

Suites opératoires. — 22 mars. — La malade a uriné beaucoup par sa plaie ; on est obligé de changer les alèzes toutes les heures.

A 2 heures de l'après-midi, la malade éprouve le bessin d'uriner et, en la sondant, on retire 120 grammes d'urine.

La malade se trouve bien mieux, elle prend du lait avec plaisir et a dormi la nuit.

23. — L'œdème des jambes a diminué d'une façon appréciable.

La malade a rendu 3/4 de litre d'urine par la sonde en 24 heures.

Elle demande à manger. Depuis l'opération, elle n'a plus vomi.

24. — L'œdème, qui remontait jusqu'au thorax, n'existe plus qu'aux deux jambes et à la partie postérieure des cuisses.

Pansement : On change les mèches profondes ; en les retirant, il sort une grande quantité d'urine par la plaie.

Tous les jours on renouvelle le pansement, et on change les mèches tous les deux jours. L'urine que l'on retire par la vessie diminue de quantité et devient trouble.

28. — On ne retire que 35 grammes d'urine par la vessie ; cette urine est fortement purulente.

L'œdème a presque complètement disparu ; il ne persiste qu'aux pieds et aux mains.

La malade mange un peu, se trouve plus forte et ne demande plus de morphine ; alors qu'elle en prenait sans résultat 10 seringues par 24 heures.

1er avril. — On ne retire de la vessie que 50 grammes de liquide purulent. L'œdème a complètement disparu.

L'état de la plaie rénale est très satisfaisant. Le liquide qui coule par la voie lombaire est clair et sans albumine.

La malade urine moins par sa plaie qu'au début ; il y a eu une crise urinaire qui a cessé.

La malade mange un peu, mais l'amaigrissement et la pâleur ne changent pas.

10. — Lavages de la vessie à l'eau boriquée.

La vessie est envahie par le cancer, ce qui explique la purulence du liquide que l'on retire par la sonde.

La malade mange avec appétit.

30. — La plaie est en bel état ; il reste encore la trace de points de suture qui avaient coupé la peau et qui sont lents à se cicatriser.

La sonde permet de retirer de la vessie un liquide jaune verdâtre d'odeur infecte.

5 mai. — Statu quo.

Les sécrétions vaginales sont très fétides.

Pas de température.

15. — L'état général est moins bon et la cachexie commence à reparaître. De plus, la malade fait de la septicémie chronique, le vagin et la vessie ne formant plus qu'un clapier purulent.

Par la fistule lombaire, il sort toujours de l'urine claire, mais en moins grande abondance qu'il y a un mois.

2 juin. — La malade est, petit à petit, tombée dans le coma et meurt dans la journée, 73 jours après l'opération.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. 18 (résumée). — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Aran, *Gazette des hôpitaux*, 1860, pages 425-429.

..... Tel était l'état de notre malade (femme de 55 ans), lors du premier examen ; les jours suivants apparut un symptôme qui put paraître extraordinaire à la plupart d'entre vous. On m'apprit un

matin à la visite que la malade avait eu du délire pendant la nuit. Toutefois, ce délire apyrétique était calme et tranquille ; la malade ne poussait aucun cri et n'essayait pas de se lever ; elle se bornait à parler seule, presque à voix basse et ne dormait pas.

En même temps son regard était inquiet, et elle avait quelque chose d'égaré dans la physionomie.

Elle n'avait ni convulsions, ni coma, ni paralysie.

En présence de ce symptôme, vous m'avez vu porter, sans hésiter, le diagnostic suivant :

Compression des uretères par le cancer, d'où obstacle au cours de l'urine. dilatation des uretères au-delà du point comprimé, hydronéphrose consécutive, suppression de la sécrétion urinaire, et, par suite, accidents nerveux analogues à ceux que l'on décrit sous le nom d'urémie. Les urines traitées par la chaleur et l'acide azotique, ne contenaient cependant pas d'albumine et la percussion pratiquée au niveau de la région lombaire ne me révéla aucune augmentation notable du volume des reins. Je n'en persistai pas moins dans mon diagnostic et je crus seulement que l'hydronéphrose était encore contenue dans d'assez étroites limites.

Si j'ai pu être aussi affirmatif, c'est que l'expérience m'a plusieurs fois appris que lorsqu'il se manifestait du délire, du coma ou des convulsions dans le cours d'un cancer de l'utérus, c'est qu'il existait un trouble de la sécrétion urinaire par suite de la compression des uretères au point où ils s'abouchent dans la vessie.

Peu après l'apparition du délire qui venait encore ajouter à l'état de gravité de notre malade, surgit une nouvelle complication dont la valeur pronostique n'est pas moindre.

..... Vous connaissez tous ici les signes caractéristiques de la *phlegmatia alba dolens*. Cependant, chose assez singulière, les symptômes s'amendèrent assez rapidement ; la douleur d'abord, puis le gonflement disparurent et le membre était à peu près revenu à son volume normal, quand sans cause, comme la première fois, l'œdème reparut plus considérable dans le membre inférieur gauche et envahit aussi, quoique à un moindre degré, celui du côté droit. Cette fois, les symptômes de la double *phlegmatia alba dolens* persistèrent ; une fistule vagino-rectale s'établit par suite des progrès incessants du cancer, sans que la malade rendit pourtant ses matières par la vulve. Le délire continua à se montrer sous la même forme sans complications de convulsions ni coma et cette

malheureuse, arrivée au dernier degré du marasme, épuisée de douleurs malgré les opiats, distribués à haute dose, l'eau distillée de laurier-cerise, etc..., succombe le 17 juillet dernier. Voyons maintenant les lésions que nous révèle l'autopsie.

A l'ouverture de l'abdomen on constate que le bassin est en partie rempli par une masse solide, dans laquelle sont compris et soudés les uns aux autres les organes qu'il contient. De chaque côté on voit s'élever et remonter vers les reins, les deux uretères considérablement distendus et sur la disposition desquels nous reviendrons dans un instant.

..... Le rectum est dévié de sa situation normale et porté en avant par une tumeur encéphaloïde du volume de la tête d'un fœtus adhérente au sacrum. Celui-ci est mis à nu dans toute sa moitié gauche et l'articulation sacro-iliaque du même côté est envahie par la tumeur.

. . . .

..... L'absence de la coloration blanchâtre, nacrée et de la dureté que présentent le plus habituellement les corps fibreux, nous faisait supposer qu'il s'agissait d'un encéphaloïde ....

Les ganglions lombaires volumineux étaient infiltrés par de la matière cancéreuse dont nous avons aussi trouvé deux noyaux du volume d'une noix à celui d'une noisette dans la parenchyme hépatique....

. . . .

..... Revenons enfin aux uretères et aux reins. Ces deux conduits, à partir du point où ils pénétraient dans le bassin, en passant par derrière la tumeur que nous avons décrite en arrière du rectum, présentaient une dilatation considérable. Le gauche avait atteint le volume du pouce, et le droit celui de l'index. Leurs parois amincies étaient distendues par un liquide à peu près incolore ou légèrement jaunâtre. Les deux bassinets avaient subi un développement proportionnel ainsi que les calices qui avaient amené par leur dilatation et la pression intérieure qu'ils faisaient subir au parenchyme des reins, une atrophie très notable du tissu propre de ces organes.

La double hydronéphrose que nous avons sous les yeux, n'est pas aussi accusée que je l'ai observé bien des fois. Il m'est arrivé dans d'autres circonstances de trouver des reins complètement détruits et convertis en un véritable kyste. Dans ce cas, les reins

atteignaient généralement un volume plus considérable et la percussion sur la région lombaire donnaient une matité exagérée qui pouvait beaucoup éclairer le diagnostic.

..... Que si maintenant vous me demandez pourquoi les phénomènes nerveux étaient si peu accusés chez notre malade puisqu'elle n'a présenté qu'un délire calme sans convulsions ni coma, je vous répondrai que j'ai trouvé la raison dans l'altération limitée des reins qui permettaient, sans aucun doute, à ces organes d'accomplir encore, quoiqu'imparfaitement, leurs fonctions.

Obs. *19*. · *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Patel, *Revue de Chirurgie*, 1901, n° 8, obs. I.

D. V..., âgée de 75 ans, concierge, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le Professeur Poncet, le 11 avril 1901.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, pas de maladie grave antérieure ; un enfant, mort à l'âge de deux ans ; pas de fausse couche. Réglée de 14 à 48 ans. Pas d'affection génitale antérieure : ni métrorragie, ni pertes blanches.

Il y a deux ans, la malade vint à l'hôpital de la Charité pour des douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre ; on lui fit une ponction par le vagin, sans anesthésie ; il sortit, paraît-il, une assez grande quantité de sang ; on dut pratiquer un tamponnement vaginal serré. Quinze jours après, il sortit de son vagin un bloc très fétide, rouge noir, qui semble n'être que les tampons placés antérieurement.

Il y a un an, en pleine évolution de son affection, la malade eut un œdème généralisé ; elle n'urinait que très peu à ce moment, et était oppressée ; cet état persista deux ou trois mois ; la sécrétion urinaire ne se rétablit bien que lorsque l'œdème cessa. Depuis, la malade eut à nouveau de l'œdème, il y a deux mois ; il persiste encore au moment de son entrée à l'hôpital.

Aujourd'hui l'œdème est presque généralisé (membres inférieurs et supérieurs, paroi abdominale, face). Pas d'appétit depuis longtemps, constipation parfois très opiniâtre, suivie de diarhée. Dyspnée d'effort très marquée, pas de toux, pas de signes pulmonaires.

Douleurs irradiées dans les membres inférieurs ; le maximum

siège dans le bas ventre et la légion lombaire ; la malade doit demeurer immobile.

Les mictions sont très fréquentes, la quantité d'urine est faible et ne dépasse pas deux verres par jour.

Métrorragies très abondantes, ayant nécessité un tamponnement vaginal à l'entrée de la malade. Examen de la malade.

Au toucher vaginal on sent immédiatement à l'entrée du vagin un rétrécissement très serré ; les parois sont véritablement capitonnées et le doigt arrive au col après un trajet dans un tissu résistant, inextensible ; pas de végétations ou d'ulcérations intra-vaginales.

Le col utérin a presque disparu ; il est remplacé par une masse bourgeonnante, dure ; l'utérus est immobile, comme fixé dans une masse solidifiée, les ligaments larges sont envahis de chaque côté.

Le toucher et le palper combinés ne font que faire percevoir une masse uniformément dure, moulée sur les parois osseuses du petit bassin. Pas de ganglions inguinaux.

Les reins ne sont pas accessibles, leur pression est indolore.

Au cœur, pulsations faibles ; pas d'arythmie ; pouls tendu.

Urines recueillies à la sonde, albuminurie considérable.

20 avril 1901. — L'œdème s'accroît, la dyspnée apparaît ; il y a du myosis.

L'état général est très mauvais ; la quantité d'urines ne peut être évaluée exactement ; l'urine n'est évacuée que dans le lit, mais les draps sont à peine humides.

29. — L'état s'aggrave considérablement ; M. Poncet repousse l'idée d'une opération ; la malade ne supporterait pas l'anesthésie. Anurie totale. Mort le 5 mai 1901

Autopsie pratiquée le 6 mai, 30 heures après la mort.

Le pièces ont été présentées à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 8 mai 1901.

La masse intestinale fut tout d'abord enlevée ; elle n'offrait aucune lésion macroscopique.

Après ouverture de la *loge rénale droite*, on constate une infiltration graisseuse très abondante autour du rein ; celui-ci offre l'aspect du rein hydronéphrotique au premier stade de la lésion.

Le bassinet, distendu, est coiffé par une substance rénale très amincie. Le tout pèse 80 grammes. *L'uretère droit* est considérablement modifié ; alternativement rétréci et dilaté, il offre l'aspect

d'un chapelet, les portions dilatées ont le volume de l'index ; à leur niveau, les parois sont minces, transparentes ; il est contourné plusieurs fois sur lui-même et paraît comme enroulé en spirale autour d'une tige fibreuse rigide qui va du hile du rein à la symphyse sacro-iliaque.

Les points rétrécis ne le sont qu'en apparence, car en sectionnant les brides extérieures, le calibre devient de suite plus considérable.

A sa partie supérieure, l'uretère est très adhérent au bord interne du rein ; il est coudé plusieurs fois, et sa paroi adhère au bassinet de suite après son orifice d'entrée.

Dans la portion abdominale, il est très adhérent au péritoine et entouré d'un tissu fibro-graisseux qui fait corps avec ses parois.

Au niveau de la symphyse sacro-iliaque, l'adhérence est plus forte à la paroi qu'au péritoine. Dans sa portion pelvienne, l'uretère pénètre dans le néoplasme qui l'entoure de tous côtés ; les tuniques sont confondues ; une sonde introduite par la vessie ne franchit pas ce défilé. Si l'on dissèque l'uretère, ce qui se fait avec grand peine, on rétablit le cours de l'urine, ce qui prouve que l'obstacle était purement extérieur.

A l'ouverture du rein, on constate que les couches, corticale et médullaire sont très atrophiées ; dans le bassinet, il y a un liquide clair, jaune pâle. Une sonde introduite dans l'uretère pénètre facilement jusqu'à la portion iliaque ; elle est arrêtée à ce niveau, et, à l'ouverture du canal, on constate un rétrécissement valvulaire, à parois lisses, sans végétations de la muqueuse ; le reste de la paroi de l'uretère est lisse à l'intérieur ; la muqueuse est cependant congestionnée en certains points.

Le rein gauche pèse 130 grammes ; le bassinet est normal ; à la coupe on voit un rein gras, avec des taches faisant penser à des foyers de dégénérescence amyloïde.

L'uretère gauche est normal en apparence ; ses parois sont cependant plus flasques que d'habitude.

Au niveau de la portion iliaque, existe un petit noyau cancéreux, extérieur, rétrécissant un peu son calibre, mais n'empêchant pas le passage d'une sonde.

L'abouchement dans la vessie est normal.

Vessie normale.

Le *néoplasme* occupe l'utérus en entier, col et corps ; il s'agit

probablement d'un épithélioma de la muqueuse du col ayant envahi celle du corps et amené une dégénérescence du tissu musculaire. Le ligament large droit est entièrement envahi; le ligament large gauche est envahi, seulement en partie; la vessie et le rectum sont respectés.

Deux fragments des reins, droit et gauche, ont été mis aussitôt dans l'alcool fort pour l'examen histologique.

Examen histologique (dû à l'obligeance du Dr Gallavardin).

1° *Rein hydronéphrotique.* — Le morceau examiné comprend toute l'épaisseur du rein (substance corticale et pyramides). Dans les pyramides on aperçoit déjà dans le sens radial, suivant la direction des tubes droits, des traînées de cellules inflammatoires, trace d'infection ascendante.

La substance corticale est très altérée; les glomérules sont très rapprochés les uns des autres, relativement peu atteints; mais les portions intermédiaires sont envahies par une inflammation interstitielle intense; dans cette substance corticale, ainsi altérée, on reconnaît avec peine quelques débris de tubes contournés.

2° *Rein du côté sain.* — Il existe dans le fragment examiné des lésions assez accusées. Le tissu interstitiel intermédiaire aux tubes contournés est manifestement altéré et figure des couronnes de tissu conjonctif qui enserre chaque tube. Les glomérules son peu atteints et ne présentent pas de surcharge amyloïde. Quant aux cellules des tubuli contorti, elles sont très granuleuses, désagrégées, se colorent mal. Dans quelques unes d'entre-elles, on remarque des cylindres colloïdes. En somme, lésions de néphrite chronique.

Obs. 20. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Aumont, thèse de Paris, 1875, obs. III.

Marie P..., 33 ans, entre le 1er septembre 1887, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Gouraud. La malade se plaint de douleurs dans le ventre et de perte de sang.

Réglée à 13 ans, elle n'a jamais eu aucune maladie.

Elle a eu 3 grossesses, la dernière à 35 ans; les accouchements se sont toujours bien passés.

Il y a trois ans qu'elle a cessé d'être réglée; depuis, elle s'est

bien portée jusqu'au mois de juin 1887. A ce moment, elle commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre accompagnées d'un écoulement séro-sanguin. Elle fut soignée pour une métrite, mais comme elle n'éprouvait aucune amélioration, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons que cette femme, malgré son amaigrissement, a un *aspect général relativement bon.* Le toucher vaginal dénote l'existence d'un cancer type du col de l'utérus ulcéré ayant envahi le vagin et plus particulièrement son cul-de-sac antérieur, et probablement aussi le bas-fond vésical.

Actuellement, il n'y a ni leucorrhée, ni métrorrhagie.

Le rectum n'est pas envahi.

On ne trouve rien d'anormal en examinant les autres appareils.

Les urines sont claires, peu abondantes, sans albumine.

Pas de douleurs lombaires.

15 septembre. — Hier au soir, la malade a été prise de délire de paroles et d'un violent accès de dyspnée.

Le même état a persisté jusqu'à ce matin.

La malade est dans le décubitus dorsal, dans un état presque comateux. La respiration est fréquente, le pouls est fort, vibrant et rapide ; les extrémités inférieures sont légèrement œdématiées.

A l'auscultation, on trouve une congestion pulmonaire étendue aux deux côtés de la poitrine ; le cœur ne laisse entendre aucun bruit anormal, mais les claquements valvulaires sont rapides et forts.

La pression au niveau des reins réveille des deux côtés une sensibilité qui touche à la douleur. La malade n'a pas uriné depuis la veille ; la sonde ramène 100 grammes d'une urine sanguinolente. Pas trace d'albumine.

Le soir, ce même état comateux a persisté depuis le matin ; la malade n'a pas uriné et le cathétérisme ne donne que quelques grammes d'urine sans traces d'albumine. La température est normale : 37°. A neuf heures, la malade meurt.

Autopsie. — Cancer de l'utérus ayant débuté par le col et envahi le segment inférieur du corps, le vagin, la vessie, mais non le rectum. Les uretères sont comprimés par la masse cancéreuse qui unit les restes de l'utérus à la vessie. Ils sont très dilatés, le gauche plus que le droit, leur diamètre s'élève jusqu'à 1 centimètre environ et plus ; ils sont distendus par de l'urine, ce qui les fait nettement reconnaître sous le péritoine.

Un stylet introduit de la vessie dans les uretères arrive avec peine et à travers un canal rétréci, dans la cavité de l'uretère, sans produire aucune déchirure, aucun traumatisme. Les bassinets sont aussi dilatés et distendus par l'urine non purulente.

Les deux reins ont un peu augmenté de volume ; ils présentent des traces évidentes de néphrite. L'examen histologique n'est pas fait.

Les poumons sont congestionnés.

Le cœur ne présente aucune altération ; son volume est normal.

Muqueuses gastriques et intestinales normales.

Pancréas sain.

Rate normale.

Obs. 21. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Aumont, thèse de Paris, 1895.

La nommée M..., Augustine, âgée de 57 ans, blanchisseuse, entre, le 23 août 1889, à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolle, n° 1, dans le service de M. le Dr Hutinel (M. Marie, remplaçant).

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 14 ans, toujours très bien. Ménopause à 48 ans, s'établit sans accident. S'est toujours très bien portée.

Il y a deux mois, la malade remarqua que son appétit avait beaucoup diminué ; il était très capricieux ; elle avait un dégoût très prononcé pour la viande, dont la simple vue, dit-elle, lui occasionnait des vomissements. Le lait et les légumes étaient bien supportés.

Peu après, elle commença à vomir, sitôt après l'ingestion des aliments. D'abord assez éloignés, ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents et s'accompagnent chaque fois de vives douleurs épigastriques et de tiraillements de la région lombaire. Elle n'a jamais vomi de sang, n'a jamais rendu de matières noirâtres. Pas de constipation. Miction normale.

Etat actuel. — A son entrée, la malade ne paraît pas très amaigrie ; les traits sont tirés, les yeux un peu caves et cerclés de noir. *Pas de teinte cachectique.* La malade présente surtout le facies abdominal, la face exprime la souffrance. La peau est sèche, le pouls est petit, mais régulier. Température normale. La malade

est toujours tourmentée par ses vomissements qui reviennent après chaque ingestion d'aliments et se font très difficilement, après de violents efforts douloureux. La constipation est opiniâtre ; elle dure huit jours. Les mictions, qui étaient régulières, se sont arrêtées complètement depuis huit jours. Une sonde introduite dans la vessie n'amène pas une goutte d'urine, ce qui en rend l'examen impossible.

A l'examen de l'abdomen, on constate par la palpation un empâtement général; la percussion donne plutôt de la submatité que de la sonorité. Le ventre n'est pas ballonné, il est indolent, sauf à la partie inférieure, au niveau de la vessie, où la pression révèle un peu de douleur.

Pas de tumeur apparente.

La palpation, combinée au toucher, fait constater que l'utérus est petit et immobilisé. Le col n'est pas gros, mais il est dur et bosselé. Les culs-de-sacs vaginaux sont libres, les annexes normaux. Le doigt ramène un liquide jaunâtre, peu épais, inodore.

Le toucher rectal fait sentir également le col utérin avec les mêmes caractères.

Le foie et la rate ont leur volume normal. Rien au cœur ni aux poumons.

En se basant sur les signes fournis par le toucher et en face d'une anurie absolue avec symptômes urémiques, on pose le diagnostic de cancer utérin avec compression des uretères.

24 août. Nuit mauvaise. Les vomissements continuent, l'anurie persiste. On constate une légère tuméfaction des paupières.

25 et *26*. — Même état. Dans l'intervalle des vomissements, la malade a eu du hoquet.

Les jours suivants même état.

3 septembre. — La malade est très affaiblie, parle à peine, mais répond très bien aux questions qu'on lui pose. Les vomissements sont presque continus,

Le dégoût pour les aliments est extrême : l'anurie est complète.

Cathétérisme toujours négatif.

Le ventre est un peu sensible à la palpation.

Vers 9 heures du matin elle se sent très faible, demande un peu de vinaigre et, avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours, s'affaisse et meurt.

Autopsie. — Cerveau et poumons, normaux.

Rate normale.

Foie paraît normal. A la face supérieure du col droit on trouve une tumeur jaunâtre du volume d'une grosse orange.

A la coupe elle est remplie d'une bouillie épaisse, mélangée de membranes translucides. A l'examen microscopique on constate la présence de crochets d'hydatides.

L'estomac, de calibre moyen, contenait encore une bouillie liquide ; pas d'altérations, pas d'ulcérations, même pas de vascularisation.

Les 2/3 inférieurs de l'intestin grêle présentent à peine le 1/3 du calibre normal.

Le cœcum a les dimensions d'une grosse pomme.

Le reste du gros intestin, le rectum compris, est très réfractaire ; aucune autre lésion, pas d'étranglement.

Le rein droit est très volumineux ; il a subi un mouvement de bascule, de sorte que son extrémité supérieure est devenue antérieure. A la coupe, on constate qu'il est transformé en une vaste poche limitée par une mince couche de substance corticale. Le reste de la substance corticale, de même que la substance médullaire, a totalement disparu.

L'uretère droit est très volumineux et présente les dimensions d'un bon index et offre sur son trajet plusieurs inflexions.

Le rein gauche présente des altérations analogues à celles du rein droit, mais moins accentuées. L'uretère correspondant est aussi dilaté.

Les uretères, de même que les poches développées aux dépens des reins, renferment une urine claire et transparente dont l'examen chimique donne les résultats suivants :

Densité : 1010.

Urée : 6 gr. 60 par litre.

Chlorures : 5 gr. 03 par litre.

Phosphates : 0 gr. 569 par litre.

Extrait sec : 12 gr. 50 par litre.

Ni albumine, ni sucre.

La vessie est petite, ratatinée, la muqueuse est plissée, mais normale. Elle ne renferme pas d'urine.

L'utérus est petit, le col est dur, crie sous le scalpel, est le siège d'un tissu épithéliomateux, ayant contracté des adhérences avec la vessie et les uretères. La cavité du corps de l'utérus est un peu

dilatée et remplie d'un liquide puriforme et jaunâtre. Aucune communication n'existe entre la cavité utérine et la cavité cervicale, cette dernière étant complètement oblitérée par le néoplasme.

Obs. 22. - *Anurie au cours d'un néoplasme utérin* (2e observation). — Legueu, *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1901.

Dans un service de médecine où j'étais interne il y a quelques douze ans, une femme d'une trentaine d'années était soignée pour anémie; son teint jaune paille, la décoloration des conjonctives, les signes cardio-pulmonaires, tout cela ressemblait à de la chlorose et aucune localisation n'avait fixé notre attention, lorsqu'une nuit la malade fut prise brusquement de convulsions cloniques et toniques. J'eus l'idée alors de toucher cette malade, elle avait un cancer utéro-vaginal étendu à toute la partie supérieure du vagin et aux ligaments larges. Je reconnus de suite l'erreur : je sondai la vessie, il n'y avait pas d'urine. Les reins étaient un peu augmentés de volume. La malade mourut de cette première crise, et je trouvais à l'autopsie les deux reins hydronéphrosés et les deux uretères comprimés par le néoplasme de la traversée vaginale.

Or, cette femme ne s'était jamais plainte de douleurs pelviennes, ni de pertes sanguines. . . .

Obs. 23. — *Anurie au cours d'un néoplasme de la prostate.* — Favell et Jackson, Squirrhe de la prostate, anurie, autopsie, *Lancet*, 1885, t. I, p. 843 (Traduction personnelle).

W. S.. , 69 ans, admis pour une hématurie. Remarquablement fort et actif pour son âge, le teint vif en couleurs, il affirmait qu'il avait toujours été très sobre et fort bien portant. Son père et sa mère étaient morts tous les deux à un âge très avancé. Depuis 6 à 7 mois il avait remarqué que son urine le brûlait et était teintée de sang. A son entrée, il se plaignait de douleurs à l'extrémité de la verge et du périnée, spécialement après la miction.

Ni les cahots, ni la voiture n'augmentaient sa douleur cependant

très vive pendant la miction. Le cours de l'urine n'avait jamais soudainement été interrompu.

Jamais d'émission de graviers, mais parfois des grumeaux. Aucun souvenir d'expulsion de rien ni de dépôt dans le vase. Il dit que dernièrement il avait été plus maigre et plus affaibli. L'examen par la sonde ne donna aucun résultat ; il en fut de même de l'examen microscopique des urines. Par le toucher rectal, on trouva la prostate augmentée de volume mais très souple. Pendant quelque temps on le traita par des astringents et on lui ordonna le repos au lit. Il sembla s'améliorer mais un jour il trouva qu'il ne pouvait plus uriner. On le sonda mais on retira seulement quelques gouttes. Cet état restait chaque jour le même. La percussion, la palpation aussi bien que le cathétérisme démontrait que la vessie était toujours plus ou moins vide. Cependant il allait graduellement s'affaiblissant et bien que la température restât normale, le pouls à peine accéléré, il se plaignait de soif et sa langue était sèche et noirâtre.

Il n'avait pas de symptômes urémiques, ni de tressaillements, ni de délire ou de coma, mais était tout à fait conscient de sa mort qui semblait résulter simplement de l'asthénie.

A l'autopsie, la vessie était vide, avec des parois épaissies, mais ni logettes, ni traces de cystite. Les uretères étaient à peine dilatés, les reins gros et pâles mais sans lésions. La prostate doublée ou triplée de volume, mais cependant la tumeur n'intéressait pas l'origine de l'urèthre. A la coupe, elle présentait indubitablement l'aspect d'un néoplasme, uniformément dure, fibreuse et de coloration blanc jaunâtre. Pas d'ulcération de la muqueuse. Au microscope on trouvait qu'il s'agissait d'un carcinome à forme squirreuse.

Obs. 24. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Béhier et Lionville, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 56.

Marie L . . , 55 ans, réglée pour la première fois à 12 ans, règles abondandes et régulières, ménopause à 51 ans. En 1870, première perte de sang ; développement d'un cancer de l'utérus.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu (1er janvier 1872) on note : anémie profonde ; cachexie cancéreuse, diarrhée rebelle, cancer de l'utérus. Le 2 janvier, la malade accusait une sensation interne et pénible de refroidissement général et la température axillaire était remar-

quablement basse (36°8). On remarque ensuite des troubles de l'urination qui était irrégulière et peu abondante et aussi quelques désordres momentanés de l'intelligence, de l'agitation et de la dyspnée. La malade est morte dans la nuit du 12 au 13 janvier. Elle s'est éteinte lentement dans un état comateux profond qui avait été remarqué dans l'après-midi.

Pendant de longues heures, sa respiration a éte bruyante et sifflante. La malade paraissait ne plus voir ni entendre. La fonction urinaire était suspendue. On a observé un refroidissement progressif du corps très accusé, augmentant de plus en plus, à mesure que l'agonie se prononçait. Pour nous, elle paraît avoir succombé avec les principaux signes du coma urémique.

Autopsie. — Nous ne relèverons que les lésions relatives aux voies urinaires. Distension énorme de la vessie par un litre environ de liquide puriforme, de couleur verdâtre avec dépôt par le repos. Les uretères sont distendus au point d'avoir presque le volume de l'intestin grêle et contiennent un liquide clair, transparent, laissant un dépôt blanchâtre au fond du vase et donnant par la chaleur et l'acide azotique, un précipité très abondant d'albumine.

L'analyse chimique de ce produit faite par M. Hœppfner, y a dénoté la présence de l'urée.

La muqueuse des uretères était altérée ; on voyait nettement à sa surface des colonnes et des anfractuosités.

Les uretères, à leur issue de la vessie, étaient comprimés par une sorte de manchon cancéreux qui avait amené une oblitération presque absolue, assez complète pour ne laisser passer qu'avec peine un crin de cheval.

Les reins sont durs, ont un aspect lardacé. Au microscope, on reconnaît une désintégration granulo-graisseuse, portée quelquefois très loin et qui est due à l'étouffement des éléments comprimés.

Obs. 35. — *Anurie au cours d'un néoplasme vésical.* — Pasteau, *Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate*, Thèse de Paris, 1898 (Obs. 116, p. 117).

Le nommé Hippolyte B..., maréchal-ferrant, âgé de 47 ans, entre le 28 juillet 1892 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 38.

Néoplasme vésical avec hématurie, cachexie ; par le toucher

rectal combiné avec le palper abdominal, on sent une induration très nette.

10 août 1892. Taille hypogastrique. On trouve un cancer infiltré de la moitié postérieure de la vessie, on fait un léger curettage, puis on referme sans intervenir autrement.

Anurie, fièvre, délire. Mort le 18 août.

Autopsie. — On trouve les deux reins remplis d'un liquide purulent.

Tout le bassin est envahi par des ganglions cancéreux.

Obs. 26. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin. Néphrostomie.* — Poncet et Patel, *Revue de Chirurgie*, 1901, n° 8 (Obs. VII).

Mme A..., âgée de 63 ans, se présente à l'examen de M. le professeur Poncet, au mois d'octobre 1898, pour des doulours anales extrêmement fortes, survenant au moment de la défécation principalement.

En 1896, elle avait été soignée pour des phénomènes de métrite (hémorragies, pertes fétides, amaigrissement rapide).

En 1898, l'amaigrissement avait continué, les troubles rectaux étaient alors apparus.

Le *29 août*, première hématurie abondante, ayant duré un jour.

Le *6 septembre*, deuxième hématurie (trois jours).

Le *9*, troisième hématurie avec douleurs urétrales très fortes.

Le *16*, la malade est vue par M. le Dr A. Pollosson, chirurgien major de la Charité : on constate un néoplasme utérin sans généralisation à la vessie ; les hématuries furent attribuées à une congestion rénale.

Le *17*, quatrième hématurie.

Au début d'octobre 1898, les douleurs rectales réapparurent, la malade dit avoir la sensation d'un abcès rectal ; le toucher rectal demeure négatif.

Le *12*, nouvelle hématurie, le rein droit est volumineux et douloureux.

Le *25*, nouvelle hématurie.

Le *3 novembre*, sous anesthésie, M. le professeur Poncet, pratique une dilatation forcée du rectum ; cette opération fut suivie d'une longue période de soulagement.

Le *9 décembre*, *anurie* survenue brusquement ; le cathéter

montre que la vessie est vide ; le rein droit est volumineux et douloureux ; le rein gauche également.

Le *10*, *néphrostomie d'urgence* par M. le professeur Poncet ; les deux reins sont douloureux, hypertrophiés ; le rein gauche étant plus volumineux est choisi.

Le rein est sectionné dans la profondeur sur son bord convexe, sans être attiré au dehors ; à l'incision du bassinet, il s'écoule une quantité considérable d'urine. Un drain est placé à l'intérieur de la plaie et fixé aux bords de la plaie.

Suites opératoires simples.

L'état général se relève ; l'écoulement de l'urine se fait bien.

La malade succombe seulement le 17 mars 1899, sans que les phénomènes urémiques aient réapparu, aux progrès seuls de la cachexie cancéreuse.

Obs. 27. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Fournier, *De l'urémie*, Thèse d'agrégation, 1863 (Obs. I).

A 10 heures du soir, une vieille femme amaigrie, cachectique, passait devant l'hôpital Saint-Antoine, quand subitement elle tomba sans mouvement sur le trottoir. On la transporte aussitôt dans mon service. Tous ses membres sont dans une résolution complète ; les traits de la face qui est d'une pâleur extrême, ne sont pas déviés et l'on ne constate de paralysie ni d'un côté ni de l'autre du corps ; les pupilles sont également dilatées et insensibles à l'action de la lumière. Il est impossible d'obtenir aucune réponse. En pinçant la malade elle retire les membres et laisse entendre quelques mots inintelligibles. Sa respiration est bruyante, stertoreuse ; le pouls très lent, bat environ 50 fois par minute. Quelques heures après la malade succombe. Le lendemain, à l'amphithéâtre, on pratique le toucher vaginal, qui fait d'abord reconnaître un cancer énorme de l'utérus remplissant toute la cavité pelvienne. Puis à l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons les deux uretères comprimés à leur entrée dans la vessie par la tumeur utérine et considérablement distendus au-delà du point où siégeait la compression. Ils ont l'un et l'autre le volume d'une anse d'intestin grêle et les deux reins complètement détruits, sont convertis en une espèce de coque fibreuse.

Obs. 28. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Merklen, *Etude sur l'anurie,* Thèse de Paris, 1881 (Obs. XXXIV).

D..., Angélique, âgée de 38 ans, entre le 25 février 1880, dans le service de M. le Dr Duguet, hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Geneviève. Pas d'antécédents. Règles régulières depuis l'âge de 15 ans ; 2 fausses couches et 5 enfants dont l'aîné a 13 ans.

Il y a un an, cette femme a eu pour la première fois des pertes sanguines avec caillots qui ont duré 3 jours, Ces pertes étaient assez abondantes pour obliger la malade à s'aliter. Ces métrorragies se sont renouvelées plusieurs fois depuis cette époque, à des périodes indéterminées. Dans l'intervalle des pertes sanguines, écoulemen blanchâtre et fétide, puis roussâtre. Cachexie et amaigrissement depuis quelques mois.

Avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait de l'œdème des membres inférieurs, qui disparaît par le repos au lit. Avec cela, diminution des urines depuis quelque temps et diarrhée incoercible.

Le *25 février* au matin, l'œdème des jambes avait augmenté. La malade perdit complètement connaissance dans l'après-midi et on la transporta à l'hôpital ayant alternativement des convulsions et du coma.

L'interne de garde appelé immédiatement sonda la malade et n'obtint que quelque gouttes d'urine ; les attaques éclamptiques se rapprochant de plus en plus, il pratiqua une saignée de 400 grammes. Après cette saignée on n'observa plus que 3 attaques convulsives, mais la malade resta longtemps encore dans le coma et ne revint à elle que le 27. Pendant ces 3 jours il y eut anurie.

En examinant la malade, M. Duguet trouva un cancer ulcéré du col de l'utérus, immobilisé par des adhérences.

Les jours suivants, la malade urine de 120 à 200 grammes d'urine ; elle ne digère pas, elle a continuellement des vomissements et de la diarrhée. Elle se plaint également de douleurs dans les reins et dans les membres inférieurs.

4 mars. — Vomissements. Râles sous-crépitants aux deux bases. Expectoration abondante, un peu de dyspnée, près de un litre d'urine.

Le *6.* — Œdème de la face. Vomissements répétés. Expectoration abondante. Diarrhée incoercible.

Le *8*. — L'expectoration a un peu diminué ; la malade n'urine pas un litre.

Le *11*. — Diarrhée très abondante et séreuse. Urine albumineuse. La malade sort vers le 15, se trouvant toujours dans le même état.

Obs. 29. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Merklen, Thèse de Paris, 1881 (Obs. XXXVIII).

Il s'agit d'une vieille dame d'environ 60 ans, que je visitais avec le Dr Gardhner d'Asiton. Elle était atteinte d'un cancer de l'utérus et du vagin ayant envahi la base de la vessie et probablement l'extrémité terminale des uretères. Quand je la vis, elle n'avait pas rendu d'urine depuis 4 jours, ce qui fait en tout 7 jours de suppression. Au bout de ce temps, l'urine reparut et fut rendue normalement dans les 4 semaines que la malade vécut encore. A l'époque de la suppression il y avait de l'insomnie et de l'agitation, la physionomie de la malade exprimait l'excitation et l'anxiété. Aucun tressaillement des muscles, ni convulsions ni coma.

Pas d'autopsie.

Obs. 30. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Tournié, *Union médicale*, 1860, p. 378.

Le 23 juin 1849 je fus prié par une dame de mes clientes d'aller aux Ternes, rue de Villiers, pour voir une femme qui avait été à son service et à laquelle elle s'intéressait.

Cette femme était malade depuis plusieurs jours ; elle avait eu de la diarrhée et des vomissements bilieux ; la diarrhée avait cessé mais les vomissements continuaient. Pour tout traitement, elle avait bu de l'eau de riz et appliqué sur la région de l'estomac, des cataplasmes de farine de graine de lin.

Au moment de ma visite, la région épigastrique était douloureuse, la langue était rouge à la pointe et un peu sur les bords, il y avait de la soif, peu de fièvre, sans chaleur à la peau.

Je prescrivis 15 sangsues à l'épigastre, des cataplasmes émollients, de la limonade au citron et un bain de son.

Je revis la malade 3 jours après : les vomissements avaient cédé

à l'application des sangsues ; il y avait encore de la sensibilité à l'épigastre ; la langue était moins rouge ; le pouls était à 76 ; il y avait eu une-garde robe la veille après avoir pris un lavement d'eau de guimauve. Continuer les cataplasmes, les bains et, de plus, je conseillai de prendre un peu de bouillon.

Le 5 juillet je fus rappelé auprès de cette malade et j'appris que pendant quelques jours les vomissements avaient cessé et que la malade avait pu se lever et prendre quelques potages ; mais depuis deux jours, c'est-à-dire depuis le 3 juillet, les vomissements bilieux avaient reparu et cette femme se plaignait particulièrement de douleurs très vives dans les régions lombaire et inguinale, elle ajoute que depuis trois jours elle n'avait pas uriné. Cependant l'hypogastre n'est pas tendu, ni sensible à la pression, la vessie ne fait point saillie au-dessus du pubis. Dans la journée je pratique le cathétérisme. Il ne s'écoule pas une seule goutte d'urine. La vessie est dans un état complet de vacuité.

Questionnée sur ses antécédents, voici ce que cette dame m'apprit : elle est âgée de 52 ans ; elle s'est mariée à l'âge de 20 ans et a eu des enfants. Tous ses accouchemeuts ont été heureux. Jusqu'à ce jour elle n'a jamais eu de maladie ; elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de 46 ans. Il y a 6 ans, elle a cessé de voir ses règles et peu de temps après est survenue une leucorrhée abondante sans que sa santé en ait paru altérée ; elle n'a rien fait pour l'arrêter.

Il y a quelques mois, elle a perdu un peu de sang par le vagin ; mais elle ne se plaignait alors ni de douleurs de reins, ni d'aucune autre souffrance ni de pesanteur dans la région lombaire.

En pratiquant le toucher vaginal, je trouve le col de l'utérus et une partie du corps de cet organe, le quart environ, atteint d'un engorgement squirrheux. Il s'élève de la lèvre antérieure une excroissance fibreuse, en forme de champignon, de la largeur d'une pièce de 2 francs ; l'examen au spéculum confirme ce qui a été opéré par le toucher et ces 2 explorations sont la cause d'une légère hémorragie.

Jamais la malade n'a rendu de graviers ; jamais jusqu'à ce jour elle n'a eu de rétention d'urine.

Nous rapportons la suppression d'urine dans le réservoir urinaire à une oblitération des uretères par l'extension de l'affection squirrheuse de l'utérus ; et nous prescrivons 15 sangsues à l'anus,

des frictions d'onguent mercuriel sur les régions inguinales, des cataplasmes de farine de graine de lin et un bain d'eau de son.

6 juillet. — Les sangsues ont fourni beaucoup de sang ; la malade est faible, les vomissements continuent, pas de miction, douleurs très vives dans les reins et dans les aines ; fièvre légère.

Fumigations 2 fois par jour avec la vapeur d'une infusion de cerfeuil, continuer les frictions mercurielles sur les régions inguinales et frictionner les lombes avec un liniment composé d'huile de camomille, de jusquiame, de laudanum et de teinture de scille ; bain d'eau de son.

7. — Pas d'urine ; mêmes douleurs ; vomissement persistant ; la malade ne répond que lentement aux questions que je lui adresse ; elle a l'air hébêté. Même traitement.

Le *8 juillet*, au matin, il n'y a pas eu encore de miction ; la malade est très faible, les mêmes phénomènes persistent. On lui a donné quelques cuillerées de bouillon froid qu'elle a rejetées.

— Même traitement moins le bain.

Dans la soirée de ce même jour, vers 8 heures, la malade a uriné ; et dans le courant de la nuit elle a uriné 10 fois, mais chaque fois en très petite quantité ; à peine si en tout elle a rendu 200 gr. d'une urine claire, limpide, blanche, sans coloration ni trouble d'aucune sorte. Les vomissements ont cessé immédiatement comme par enchantement ; les régions lombaires et inguinales sont très peu douloureuses, il n'y a point de fièvre. La malade se sent complètement soulagée.

Je dois ajouter que les matières vomies n'ont pas la moindre odeur d'urine.

Jusqu'au 13 juillet la miction a continué facile et peu abondante, avec les mêmes caractères de limpidité, sans odeur ni dépôt d'aucune espèce. La malade se lève et se promène dans sa chambre ; elle a retrouvé sa gaîté, prend avec plaisir un peu de bouillon qu'elle digère parfaitement. Cet état satisfaisant dure pendant 10 jours ; mais le 13 les urines manquent encore une fois et les vomissements bilieux recommencent avec une nouvelle intensité. Depuis ce jour jusqu'au 4 août, 10 heures du soir, c'est-à-dire pendant 21 jours, malgré de prétendus besoins pressants d'uriner, pas une goutte d'urine ne s'écoule.

Pendant tout ce temps, les vomissements bilieux, verdâtres, porracés redoublent de fréquence et de violence. Les douleurs des reins sont parfois si violentes que la malade pousse des gémissements

continuels et s'arrache les cheveux ; son air hébêté s'est transformé en stupeur. Le cathétérisme a été pratiqué plusieurs fois sans aucun résultat.

Tous les jours des bains de siège émollients et deux fumigations avec la vapeur d'une décoction de feuilles de jusquiame, de racines de guimauves et de têtes de pavots ; des frictions sur les reins avec des parties égales d'huile de jusquiame et de teinture de scille. Nous prescrivons de plus, 4 pilules par jour, une le matin, à midi et le soir, contenant chacune 10 centigr. de scille, 2 centigr. d'extrait de belladone et d'opium.

Les douleurs ne sont apaisées que très médiocrement, la malade s'affaiblit de plus en plus, les yeux s'excavent, la voix est altérée, le teint est devenu d'un jaune paille, terreux, et la patiente va succomber, lorsqu'enfin le vingt-unième jour, encore à 10 heures du soir, elle rend avec beaucoup de douleurs un demi verre d'urine claire et limpide.

Aussitôt après cette miction, quoique l'urine soit peu abondante, les vomissements s'arrêtent, le pouls qui était fréquent, petit et faible, diminue de fréquence et prend un peu plus de force et de constance. Bouillon de poulet, continuer d'ailleurs le même traitement.

Depuis le 4 août jusqu'au 16, la malade a uriné un peu tous les jours ; elle n'avait pas eu de fièvre, mais éprouvait toujours des douleurs dans la région lombaire. Pendant ces douze jours elle a pris d'abord du bouillon, ensuite des potages, elle avait même pris un peu de café au lait, et n'avait pas eu de nouveaux vomissements. Mais le 16 août, la miction a encore une fois été supprimée, et tous les accidents ordinaires ont reparu sur la scène : douleurs vives, vomissements, affaiblissement extrême, stupeur profonde. L'intérieur de la bouche est d'une rougeur livide, avec expectoration de mucosités mêlées de sang ; enfin le 17 août cette pauvre malade a succombé à tant de souffrances.

L'autopsie manque.

Obs. 31. — *Anurie au cours d'un néoplasme utérin.* — Merklen, thèse de Paris, 1881, obs. XXXV.

Mad. P., âgée de 56 ans, sujette depuis 18 mois à des hémorragies utérines dues à un cancer du col de l'utérus.

Le 15 janvier 1876, l'urine devint très rare et le jour suivant elle cessa complètement. Depuis cette époque jusqu'à la mort, le 30 janvier, pas une goutte d'urine ne fut rendue. Je la vis le deuxième jour avec le Dr Lloyd Roberts, à qui je dois cette observation ; état de la malade étonnamment calme ; alimentation et sommeil comme d'habitude ; langue humide, pupilles normales ; pouls 84 ; douleurs nulle part.

Le Dr Roberts m'apprit que la malade avait présenté les 2 premiers jours de la suppression, une légère anasarque plus marquée à la surface. Ce symptôme avait complètement disparu le 3e jour, mais le jour qui précéda la mort, il se montra un léger œdème du côté des pieds.

Au toucher, on trouvait chez la malade une production squirrheuse étendue, ayant envahi le col de l'utérus et les parties avoisinantes du vagin dans le point qui correspond à la base de la vessie. Ceci expliquait la suppression.

Les uretères à leur passage à travers le trigone, étaient sans doute compris dans la production cancéreuse et comprimés.

La vessie fut trouvée vide.

Les symptômes étaient restés à peu près les mêmes jusqu'au 27 janvier. A ce moment ils devinrent plus alarmants : pupilles rétrécies, tressaillements musculaires dans la face ; affaiblissement rapide des forces musculaires, d'abord dans les bras et les jambes, puis dans le tronc. La malade mourut tranquillement le 30 janvier, au matin, apparemment par paralysie des muscles respirateurs. La température du 29 était tombée d'un degré au-dessous de la normale.

On ne put faire l'autopsie.

Obs. 32. — *Anurie au cours d'un néoplasme prostatique.*

E.-P. Farlow signale un cas d'anurie dans le cancer de la prostate, dans le *The Boston Medical and Surgical Journal*, de 1889, p. 330-334.

Obs. 33. — *Anurie (?) au cours d'un néoplasme de la prostate.*

Heartshorne (E.) et Tyson (J.), cystite hémorragique. — Cancer de la prostate. — Mort dans les symptômes urémiques. — *Proceedings of the pathological Society of Philadelphia, 1860-80.*

Obs 34. — *Anurie au cours d'un néoplasme vésical.*

E.-P. Fowler, de New-York, a une statistique de 93 cas d'anurie dont 7 par cancer oblitérant les uretères près de la vessie, dans son livre *On suppression of urine,* cité par J. Farlow, dans le *The Boston Medical and Surgical Journal*, *1889*, p. 330—334.

Obs. 35 — *Anurie au cours d'un néoplasme vésical.* — Pièces présentées par M. Pasteau à la *Société anatomique de Paris*, le 20 mars 1903.

Le nommé D..., Auguste, âgé de 65 ans, est apporté, le 6 février, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 13, dans le service de M. le Professeur Guyon.

Aucun renseignement n'est donné sur les antécédents du malade qui, étant dans un état comateux assez marqué, ne peut donner aucun renseignement.

Le pouls est normal, la température à 37°8, le soir de son entrée ; les pupilles sont contractées, il n'y a pas d'œdème.

L'examen du malade donne les résultats suivants :

L'urèthre est normal, la prostate souple et régulière, non augmentée de volume, la vessie contient quelques grammes d'urine très fortement colorée de sang. Les reins ne sont pas sentis.

Il existe des râles à la base des deux poumons, en arrière.

Le malade reste dans le même état jusqu'au lendemain et meurt le 7, à 2 heures 1/2 du soir, sans avoir repris connaissance.

Depuis son entrée, la sonde à demeure qui lui avait été appliquée, n'a pas laissé couler la moindre quantité d'urine. La vessie était vide, le malade complètement anurique.

Autopsie le 9 février. — Urèthre normal.

Prostate petite, mais avec quelques corps sphéroïdes et une masse grosse comme un petit pois situé tout près de l'urèthre prostatique et ayant l'aspect néoplasique.

Vessie normale comme capacité ; la muqueuse est légèrement congestionnée (cystite récente). Il existe sur tout le trigone, et s'étendant au delà des orifices uretéraux, des deux côtés, un vaste néoplasme infiltré,

La gangue néoplasique infiltre toute la paroi, surtout à droite. On ne trouve pas de ganglions dégénérés volumineux le long des uretères.

Uretère droit : légèrement coudé.

Rein droit : muqueuse du bassinet gris verdâtre et entourée par une collection purulente. Rien d'anormal à l'œil nu dans la substance rénale.

Uretère gauche : rein gauche et bassinet normaux.

Péritonite chronique autour du colon descendant.

Congestion pulmonaire très prononcée.

Foie normal.

Obs. 36 (inédite). — *Anurie au cours d'un néoplasme rétro-vésical. — Néphrostomie bilatérale*, par MM. Albarran et P. Duval.

Nicolas G.. , imprimeur, âgé de 32 ans, entre, le 5 mai 1899, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon. Il présente des phénomènes de rétention rénale, de l'uro-pyonéphrose et de l'anurie.

M. Albarran pratique une première néphrostomie, le 1er juillet 1899, et, le 2 novembre de la même année, M. P. Duval doit intervenir de l'autre côté, également par une néphrostomie.

Le malade meurt le 11 décembre 1899.

L'autopsie est pratiquée le 12 décembre ; la pièce est conservée au musée Necker, sous le n° 587, et voici ce que nous y trouvons relaté :

« L'urèthre est normal ; la vessie est grande, à parois un peu épaissies, à muqueuse congestionnée.

Le cul-de-sac rétro-vésical est rempli par une tumeur énorme, du volume d'une tête d'enfant, tumeur molle, encapsulée, qui n'est en communication de continuité avec aucun des organes voisins.

Diagnostic histologique : sarcome ».

Obs. 37 (inédite) due à l'obligeance de M. Albarran. — *Anurie au cours d'un néoplasme de la prostate. — Néphrostomie*, par M. Albarran.

M. B..., âgé de 57 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, en dehors de la maladie actuelle,

Il y a déjà deux ans que le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, surtout la nuit; parfois quelques douleurs en urinant. Depuis six mois, la miction est devenue difficile et pénible; les urines étaient un peu troubles et contenaient parfois un peu de sang.

Il y a trois mois, le malade fut sondé, ce qui détermina un saignement uréthral qui se prolongea pendant trois jours.

A peu près à cette même époque, survint quelques douleurs vagues dans le bas-ventre, puis des douleurs plus vives; parfois irradiations douloureuses dans le sciatique gauche.

Le 2 septembre 1899, le malade n'avait pas uriné depuis six jours; le premier jour, on avait retiré par la sonde quelques grammes d'urine; depuis, l'anurie est absolue.

A l'examen on constate que la vessie est vide. L'urèthre allongé, sans rétrécissement.

Prostate énorme, indurée, bosselée, avec péri-prostatite néoplasique s'étendant au delà de ce que l'on peut toucher, englobant les vésicules.

Reins non sentis; le droit un peu sensible à la pression. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse ganglionnaire profonde.

Malade très amaigri. Pas de symptômes d'urémie, mais pupilles un peu contractées. Pas de fièvre.

Diagnostic. — Anurie par compression uretérale.

Opération le 2 septembre 1899. — Néphrostomie droite.

Rein augmenté de volume, très congestionné : le bassinet contient une centaine de grammes de liquide.

Dans la journée, le malade mouille largement le pansement qu'il fallut changer. Les jours suivants, excrétion d'urine abondante par la plaie : *en outre, le malade rendait par l'urèthre 100 à 200 grammes d'urine.*

Mort dix jours après l'opération, dans le coma, tout en continuant à sécréter abondamment de l'urine.

Obs. 38 (inédite) due à l'obligeance de MM. Pasteau et Gartner, *Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie*, par M. Pasteau.

L..., Amélie, âgée de 48 ans, entre à la salle Laugier, n° 1, service de M. le Professeur Guyon, le 23 novembre 1902.

Il y a deux ans, cette malade, âgée alors de 48 ans, constata dans

l'intervalle de ses règles, des pertes de sang qui l'obligèrent à garder un repos complet au lit de six semaines. Ces accidents s'amendèrent et les règles redevinrent normales ; mais, peu de temps après, de nouveau les pertes rouges abondantes reparurent en même temps qu'un amaigrissement notable. La malade consulte alors, au mois d'avril 1902, un médecin qui trouve un néoplasme utérin déja propagé au petit bassin.

Il existe des douleurs de compression le long des cuisses et des mollets, vives et presque continuelles, sur lesquelles la morphine à haute dose a seule prise.

Le 19 novembre 1902, sans aucun phénomène prémonitoire, la malade cesse d'uriner. Elle avait cependant remarqué, depuis un temps qu'elle ne peut préciser, qu'elle urinait un peu moins dans les 24 heures.

Elle ne s'alarme pas de son état et ne fait prévenir son médecin que trois jours après, le 22 novembre.

Le médecin essaie de la sonder, mais, ne retirant pas d'urine, croit qu'il n'a pas pénétré dans la vessie et que l'urèthre lui-même est comprimé par le néoplasme. Il vient avec la malade, le 23 novembre, à 10 heures, à Necker.

La malade, qui n'a pas uriné depuis quatre jours pleins, est parfaitement calme et ne s'inquiète de rien. La respiration est normale, les pupilles légèrement contractées, le pouls tendu, à 80. Elle a la teinte jaune paille d'une cancéreuse avancée ; pas d'œdème même localisé. La température est de 38°2.

La vessie n'est pas sentie à l'hypogastre, qui est absolument souple et plat, facile à palper. Une sonde béquille n° 20 pénètre avec une grande facilité dans la vessie et ne ramène pas une goutte d'urine. Le toucher vaginal fait reconnaître le néoplasme utérin dur, volumineux, infiltré partout, remplissant tout le petit bassin, immobile, mais peu ulcéré et peu suintant. Les régions lombaires sont l'une et l'autre le siège de la pesanteur, de douleurs spontanées, vages, sourdes, pas très vives. Les deux fosses lombaires sont souples, non tendues, et la palpation bi-manuelle permet de sentir les deux reins. Le rein gauche ne laisse sentir que son extrémité inférieure, mobile, régulière, non tendue, non douloureuse. Le rein droit est senti dans les deux tiers inférieurs ; il est beaucoup plus volumineux que le rein gauche, régulier, de consistance plus ferme, mobile et non douloureux à la pression.

Etant donné le volume beaucoup plus considérable du rein droit, étant donné surtout que par le toucher vaginal on trouve la moitié droite de la vessie présentant une sensibilité à la pression qui n'existe pas à gauche et qui ne paraît pas expliquée par une lésion spéciale de cette moitié vésicale, on se détermine à pratiquer une néphrostomie sur le rein droit.

L'opération est pratiquée d'urgence à 3 heures et demie de laprès-midi. Opérateur : M. Pasteau ; aide, M. Gartner ; anesthésie chloroformique, M. Lafoy. Incision oblique très longue ; le rein est rapidement mis à nu. Il est très volumineux, présentant presque deux fois le volume normal, de couleur rouge vineux très foncée. Une incision de 7 centimètres est pratiquée au bistouri sur le bord convexe, pendant que l'aide comprime le pédicule. La section du rein détermine un écoulement de sang noirâtre très abondant, beaucoup plus abondant qu'à l'ordinaire. On arrive très facilement dans le bassinet, qui n'est pas dilaté et contient à peine une dizaine de grammes de liquide non purulent, mais ce liquide est contenu sous une pression assez forte pour qu'au moment de l'incision il jaillisse jusque sur l'épaule droite de l'opérateur. Un gros drain est placé dans le bassinet et sort par l'extrémité inférieure de la plaie rénale ; des points de catgut en deux étages ferment au-dessus de lui la substance rénale.

Un drain extra-rénal est placé au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie. Le rein lui même est fixé à la tranche musculo-aponévrotique de la paroi par deux points de catgut placés en anse, suivant le procédé de M. Guyon. Réunion partielle au catgut du plan musculo-aponévrotique et au crin du plan cutané.

L'opération dure en tout moins d'un quart d'heure. La malade a pris une quinzaine de grammes de chloroforme.

Le soir même, le pansement est inondé d'urine et, à partir de ce jour, il est changé matin et soir ou plus souvent. La miction par l'urèthre ne se rétablit pas, et la vessie reste toujours vide.

La température qui, en trois jours, est tombée à 36°9, se maintient ensuite irrégulière entre 37° et 38°5.

Le 12 décembre, sans cause, on s'aperçoit, à 5 heures du soir, que le pansement est traversé de sang. En défaisant le pansement, on constate qu'il existe une hémorragie très abondante se faisant par le drain. On introduit autour du drain une mèche de gaze stérilisée pour tamponner et on fait un pansement ouaté

assez serré. Injection sous-cutanée de sérum artificiel. L'hémorragie s'arrête. Sauf cet incident, il n'y a rien à noter d'important dans l'évolution ultérieure de la maladie.

La malade, qui s'était remise très rapidement de sa néphrostomie et qui, dès le quatrième jour, s'asseyait sur son lit, continue à maigrir en même temps que les douleurs deviennent de plus en plus vives dans les membres inférieurs et le petit bassin.

La température, à partir du 13 janvier, devient plus irrégulière et monte, de temps en temps, le soir, vers 39°. La cachexie augmente et sans qu'il y ait eu jamais le moindre accident du côté de la plaie. Toujours le drain rénal a continué à fonctionner de la même manière, donnant nuit et jour de l'urine goutte à goutte. Finalement, le 12 février 1903, la malade, absolument *in extremis*, est emmenée par sa famille.

Obs. 39. — *Anurie au cours d'un néoplasme rectal.* — *Annales of Surgery*, t. II, p. 342, 1885. (Traduction personnelle). — Analyse du cas de Schoening, cité par Quénu et Hartman, in *Chirurgie du Rectum.*

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, née de parents bien portants. A l'âge de 7 ans, elle avait souffert d'un prolapsus du rectum. A 16 ans, les selles deviennent sanglantes durant un mois, et, trois mois après, la constipation s'établit avec quelques légères hémorragies. Deux mois plus tard, les matières devinrent liquides et s'échappèrent involontairement. Elle entra à l'hôpital deux mois après, dans un mauvais état, se plaignant de douleurs abdominales et d'inappétence.

A l'examen, on constata des symptômes caractéristiques et l'on posa le diagnostic de cancer du rectum.

En arrière le doigt atteignait l'extrémité supérieure de la tumeur mais céla n'était pas possible en avant. Six jours après son entrée on procéda à l'ablation du rectum. — Il se produisit un peu d'hémorragie par suite des adhérences de la tumeur au sacrum.

On n'ouvrit cependant pas le péritoine et ni le vagin, ni la vessie ne furent blessés.

On abaissa l'intestin et on le sutura à la plaie dont la ligne d'incision avait environ dix centimètres.

Plus tard, il survint de la rétention d'urine et il s'établit une cystite purulente; le douzième jour, il s'élimina un lambeau de rectum long de 6 centimètres, et enfin il survint une sténose de l'anus.

Environ deux mois après l'opération il se produisit brusquement du coma et des convulsions terminées par la mort, due, comme l'autopsie le démontra, à des phénomènes d'urémie, par suite de la compression et de l'aplatissement des uretères dans la traversée de la tumeur.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une tumeur de type carcimonateux.

Obs. N° 40. — *Anurie au cours d'un néoplasme vésico-prostatique.* — *Néphrotomie.* — Dr A. Broca, *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1894, p. 569.

M. X..., âgé de 62 ans 1/2 est un homme alerte, vigoureux pour son âge; de bonne santé habituelle. Il a été atteint il y a quelques années, à la suite d'un chagrin violent, d'une crise sérieuse de neurasthénie, avec amaigrissement considérable. Au bout de quelques mois, sous l'influence de l'hydrothérapie surtout, sa santé s'est rétablie. Toujours très nerveux, il était devenu irritable à l'excès, lorsque en septembre 1893, il se plaignit d'anorexie avec dégoût pour les aliments qu'il fallait mâcher et sensation d'une amertume intense pour tout ce qu'il mangeait. Il fut alors soigné par son médecin habituel, mon collègue et ami Lacombe; puis il consulta M. Millard. Différents moyens médicaux restèrent absolument inefficaces. Sur ces entrefaits survint à la fin d'octobre une colique néphrétique à gauche, intense et typique, avec urines rares et troubles, vomissements, constipation. Sous l'influence d'une piqûre de morphine, les souffrances se calmèrent, mais le malade ne rendit aucun gravier et il conserva une sensation douloureuse constante à gauche, au niveau du rein et surtout de l'uretère. Sur cette douleur se greffèrent assez souvent pendant le mois de décembre, des crises assez vives de coliques néphrétiques.

Pendant, cette période, M. Lacombe porta avec netteté le diagnostic de calcul rénal migrant avec lenteur dans l'uretère et ce diagnostic fut confirmé par M. le Professeur Guyon qui, pendant le

mois de décembre, fut consulté. M. Guyon constata, en outre, une hypertrophie prostatique légère n'ayant rien de spécial. Il n'y avait d'ailleurs aucun symptôme vésical, sauf des mictions fréquentes mais ni douloureuses ni sanglantes.

C'est le 2 janvier 1894 que j'examinai pour la première fois M. X..., qui, à ce moment, vaquait assez régulièrement à ses occupations ; il ressentait depuis quelques jours une gêne à la région inguinale droite, et je constatai l'existence d'une pointe de hernie sur laquelle je conseillai l'application d'un bandage. En même temps, j'explorai avec soin la région rénale gauche, où le malade continuait à accuser des douleurs légères, irradiées le long de l'uretère. La palpation bimanuelle ne révéla aucune augmentation du volume du rein ; l'uretère, lui non plus, n'était ni gros, ni douloureux à la pression.

Le 27 janvier survint de l'œdème bi-malléolaire, et, à ce moment, comme le malade pâlissait, maigrissait et s'affaiblissait, je me demandai, tenant compte en outre de la pollakiurie, s'il n'y avait pas de la néphrite interstitielle. L'examen médical que pratiqua M. le Dr Lacombe, fut absolument négatif à cet égard.

Peu de jours après eurent lieu, pour la première fois depuis le début de la maladie, des hématuries légères et répétées, survenant avec netteté après que le malade avait été soumis à des secousses, avait, par exemple, fait des courses en voiture. Quoiqu'il n'y eût aucun autre signe de calcul, j'explorai la vessie avec l'explorateur mécanique ; cette recherche fut négative. Elle me fit constater, comme je le savais déjà, que la prostate était grosse, mais aisée à franchir. L'exploration ne causa aucune hématurie.

Pendant tout le mois de février, les forces déclinèrent, mais les douleurs s'accentuèrent, si bien que le 29 février le malade m'écrivait : « qu'il ne savait plus où était son rein », mais il me priait de venir le voir parce qu'il ressentait quelques douleurs au bout de la verge. Je constatai qu'il rendait avec les urines quelques petits caillots vermiformes, et je me demandai si cette fois le calcul n'était pas entré dans la vessie. Je fis examiner à nouveau M. X... par mon maître le Professeur Guyon. Comme la mienne, cette exploration fut absolument négative. M. Guyon affirma, en outre, que le rein n'était pas augmenté de volume, il trouva une prostate un peu grosse, et il continua à poser le diagnostic de calcul enclavé dans l'uretère, et cela d'autant mieux que la veille on avait

trouvé dans l'urine une concrétion blanchâtre grosse comme une tête d'épingle.

La question, puisque la vessie était libre, était de déterminer s'il fallait ou non aller à la recherche de ce calcul que nous supposions enclavé dans l'uretère. M. Guyon se prononça contre cette intervention, surtout en raison de l'état général défectueux du patient. Il fut décidé qu'on chercherait à remonter les forces du malade par une alimentation substantielle, en tâchant de masquer cette amertume buccale dont M. X .. continuait à se plaindre, sans qu'il nous fut possible d'en découvrir la cause.

Il fut convenu, en outre, qu'une consultation médicale serait provoquée, et nous priâmes M. le Dr Bucquoy de nous donner son avis.

M. Bucquoy vint le 7 mars. Depuis cinq jours, les hématuries avaient complètement cessé, mais il commençait à y avoir une sensation de barre dans la région lombaire, des deux côtés. M. Bucquoy diagnostiqua lui aussi un calcul enclavé dans l'uretère gauche, trouva un peu d'artério-sclérose décelée par le claquement du second bruit aortique, et vérifia que le rein gauche n'était aucunement augmenté de volume. Il conclut également à un traitement tonique et me conseilla de ne pas trop différer la néphrolithotomie si les hématuries continuaient et si les douleurs recommençaient.

Mais bientôt une complication me força la main. A partir du 10 mars, M. X... accusa une pesanteur lombaire de plus en plus forte, l'appétit périclita de plus en plus, et enfin, le 13 mars, je fus appelé dans la soirée parce qu'à partir de 6 heures 1/2 du matin, sans aucune douleur ressemblant à une colique néphrétique, il n'avait pas été émis une seule goutte d'urine.

A 8 heures 1/2 du soir, je trouvais mon malade assez calme, ne se plaignant d'aucune douleur abdominale, accusant, comme unique trouble douloureux, une sensation de barre lombaire, La langue était rose et humide comme de coutume. A première vue, il était évident qu'il s'agissait d'anurie et non point de rétention d'urine. En effet, rien ne distendait l'hypogastre, parfaitement souple à la palpation, et une sonde que j'introduisis dans la vessie, par acquit de conscience, ne trouva pas une goutte d'urine.

La nuit et la journée du lendemain furent employés, sous la direction de M. Lacombe, en un essai de traitement médical par les grands lavements froids et les purgatifs drastiques (35 grammes d'eau-de-vie allemande); mais, d'accord avec M. Bucquoy qui était

venu voir le malade dans la matinée, nous étions résolus à pratiquer la néphrotomie si la sécrétion rénale ne se rétablissait pas rapidement,

Aucun résultat ne fut obtenu, et j'opérai le 15 mars, à 8 h. 1/2 du matin, en présence de mon collègue Lacombe, avec l'aide de MM Munson et Delanglade, internes des hôpitaux, ce dernier donnant le chloroforme, qui fut admirablement supporté. L'incision verticale, le long du bord externe du sacro-lombaire, recourbée au-dessus de la crète iliaque, me conduisit rapidement sur le rein, que je décortiquai et que j'amenai au dehors. Comme l'examen clinique l'avait fait prévoir, il n'était baissé ni augmenté de volume ; mais sa surface était grenue, soulevée de petites saillies transparente dont les plus grosses, peu nombreuses, avaient le volume d'un petit pois. Un coup de pointe dans un de ces pseudo-kystes donna issue à de l'urine. La rétention rénale était donc évidente, et, quoique à la palpation entre deux doigts je ne sentisse rien dans le rein, le bassinet et la partie supérieure de l'uretère, je fis de propos délibéré la néphrotomie selon le procédé classique, fendant l'organe à fond depuis le bord convexe jusqu'au bassinet. La substance rénale était blanche, anémiée et œdématiée. Il s'écoula à la section un liquide urineux. L'hémorrhagie, très légère, fut vite arrêtée par quelques instants de compression avec de la gaze aseptique sèche, et, cela fait, je pus explorer méthodiquement les parties. Comme je ne trouvai rien, quoique j'eusse palpé avec soin au moins les deux tiers supérieurs de l'uretère, je fis, par le bassinet, le cathétérisme descendant de ce canal avec un explorateur à boule n° 18, stérilisé par ébullition. Après avoir franchi un léger rétrécissement, peu au-dessous du bassinet, la boule ne rencontra plus aucun obstacle dans l'uretère, certainement dilaté, et je ne m'arrêtai que lorsque le bout de la tige fut sur le point de disparaître dans l'orifice du bassinet.

Je n'avais senti aucun calcul, mais l'obstruction de l'uretère était incontestable, démontrée par les bosselures de la surface du rein, par l'aspect de la substance rénale, par la largeur de l'uretère.

Je ne songeai donc pas à suturer le rein, mais je mis entre ses deux valves une mèche de gaze iodoformée et je suturai le plan musculaire à la soie, puis la peau au crin de Florence.

Tout était terminé et le malade reporté dans son lit à 9 h. 1/2, l'opération elle-même ayant duré une demi-heure. Perte de sang insignifiante.

Environ deux heures après, le malade a ressenti le besoin d'uriner et émit spontanément de l'urine parfaitement claire, sans une goutte de sang. Le 16, à 9 heures du matin, il y avait 1,000 grammes d'urine, nullement teintée de sang. L'état général était excellent, le choc avait été nul : on avait administré au malade dans les vingt-quatre heures 0 gr. 75 de caféine. Les suites opératoires furent, du côté de la plaie, aussi simples que possible. Jusqu'au 9e jour, la température rectale ne dépassa pas 37°9, et encore n'y parvint-elle que deux fois. Le suintement séro-sanguin fut abondant, à partir du 2e jour, en sorte qu'il fallut renouveler le pansement presque tous les jours; mais il n'y eut certainement aucune débâcle par le rein opéré; au 4e jour, la mèche salolée fut retirée et remplacée par deux gros drains, puis par un seul, peu à peu mis plus étroit et plus court. La réunion immédiate fut obtenue dans toute l'étendue de la suture, et, finalement, à partir du 15e jour, tout était réduit à une fistule située au milieu d'une cicatrice linéaire, fistule qui donnait un suintement séreux peu abondant, sans caractère nettement urineux, nécessitant un pansement tous les deux jours.

Mais pendant que la néphrotomie évoluait ainsi, des complications prostatiques se déclaraient. Dès le 18 mai, alors que le malade allait opératoirement fort bien et commençait à s'alimenter, la quantité d'urine tomba de 1600 à 1000 grammes. Les envies d'uriner étaient fréquentes cependant. En mettant la main sur l'hypogastre, je constatai que la vessie dépassait le pubis, et à la sonde molle, j'en retirai 500 grammes le matin, 600 grammes le soir, la quantité totale étant de 2300 grammes pour les 24 heures, soit 1200 grammes par les voies naturelles. Le 20, le cathétérisme devint un peu plus difficile, en sorte que le 21 et le 22 je dus me servir de la sonde béquille; l'urine continuait d'ailleurs à être évacuée spontanément comme on le verra par le tableau ci-joint. Mais le 23 mai au matin, il me fut absolument impossible de passer. Par le toucher rectal, je trouvai la prostate très grosse, assez molle, régulière. Depuis la veille au soir, aucune miction spontanée n'avait eu lieu. Je fis donc la ponction de la vessie, par l'hypogastre, avec l'aiguille moyenne de l'aspirateur Potain et je retirai 700 grammes d'urine. Je renonçai à toute tentative de cathétérisme, et je fis faire dans le rectum de grandes irrigations froides trois fois par jour.

La ponction fut renouvelée, matin et soir, les 23 et 24 mars,

donnant chaque fois de 600 à 700 grammes d'urine. Le 23 au soir, la température monta à 38°2 : le 24 au soir, à 5 heures, 38°5, à 11 heures 39°5 et malgré une dose de 1 gramme de sulfate de quinine, elle était le 25 matin à 38°8.

Comme à cette date la prostate parut moins grosse et comme, d'autre part, j'étais certain de n'avoir pas fait fausse route, je fis une nouvelle tentative de cathétérisme et je passai sans difficulté ni douleur une sonde béquille n° 14. Le soir, la température était encore à 39°6, mais le lendemain 26 mars, elle était tombée à 37°4.

La sonde fut laissée à demeure. Elle fut bien tolérée sauf un peu de suppuration du canal. La vessie fut 4 fois par jour lavée à l'eau boriquée et les urines qui, pendant quelques jours furent un peu louches sans que jamais il y eût un dépôt purulent appréciable, redevinrent bientôt parfaitement limpides.

Je changeai les sondes les 2, 3 et 4 avril : à cette date je passai aisément un n° 18 et cela fait, comme tout était terminé du côté du rein, comme la prostate avait considérablement diminué de volume, je crus opportun de faire lever le malade. Il en résulta quelques gouttes de sang dans l'urine et un accès de fièvre allant à 38°9 le 5 au soir. Un nouvel accès eut lieu le 8 jusqu'à 40°. A partir de ce moment il ne s'en produisit plus et il fut rare que la température rectale s'élevât à 38°.

Le 12 avril, le toucher rectal me fit trouver la prostate, revenue à son volume ordinaire, mais un peu dure et avec une rainure au milieu. J'enlevai la sonde à demeure qui n'avait pas été changée depuis 8 jours et une sonde molle n° 18 passa très facilement. Dès lors, je pratiquai 3 cathétérismes par jour et comme il n'y avait aucune difficulté, la sonde fut vite confiée à l'entourage du patient.

Depuis ce moment jusqu'à la mort, l'histoire du cathétérisme fut très simple : de temps à autre et de plus en plus souvent vers les derniers jours, je fus appelé parce qu'on n'avait pas réussi à passer ; mais l'obstacle fut toujours exclusivement dû au spasme de la portion membraneuse, et je passai toujours avec la sonde molle des n°s 18 à 20.

Dès que fut possible le cathétérisme répété à la sonde molle, le malade se leva tous les jours de plus en plus, et bientôt resta toute la journée debout. L'appétit était toujours défectueux, mais à l'aide de bouillies, de hachis, de crèmes, etc., l'alimentation était suffisante et en somme les forces augmentèrent pendant une quinzaine

de jours. De temps à autre, sans cause connue, il y avait quelques gouttes de sang dans l'urine à la fin de la miction et après un spasme un peu douloureux. Mais, d'autre part, l'état vésico-prostatique s'améliorait certainement, puisque à partir du 16 avril, il recommença à y avoir un peu de miction naturelle et que, par augmentation progressive, nous avions, le 28 avril, 1700 grammes d'urines par les voies naturelles sur 2000, le malade ayant été sondé une seule fois dans les 24 heures. La fistule rénale donnait un suintement insignifiant.

La convalescence toutefois ne s'affirmait pas avec toute la netteté désirable. Outre les hématuries minimes mais répétées, les mictions devenaient un peu plus fréquentes et douloureuses ; quoique aucun dépôt purulent n'indiquât l'existence d'une cystite, la quantité des urines, qui d'abord avait oscillé de 1200 à 1500 grammes, avait augmenté et se maintenait de 2000 à 2400 grammes ; au moment des premières levées, un œdème notable fit gonfler le membre inférieur gauche mais cessa après une huitaine de jours, puis une névralgie lombo-iliaque se manifesta à droite.

Les choses en étaient là lorsque le 30 avril la miction naturelle se supprima brusquement et à partir de ce moment il fallut revenir au cathétérisme répété toutes les 3 ou 4 heures, toujours à la sonde molle d'ailleurs. L'amaigrissement et la perte des forces un moment enrayés après l'opération, reprirent et allèrent rapidement ; les douleurs vésicales et périnéales augmentèrent, quoique la vessie ne fut certainement pas infectée, la déchéance de l'appétit s'aggrava si bien que le lait finit par constituer à lui seul toute l'alimentation à partir du 5 mai. Le 3 mai un caillot blanc vermiforme, long de 12 centimètres, fut rendu. En même temps, le suintement nettement urineux de la fistule lombaire gauche augmentait, si bien qu'il fallut renouveler le pansement tous les jours, puis 2 fois par jour.

En présence de ces symptômes inquiétants, je priai M. Guyon de venir examiner de nouveau le malade et lorsque nous arrivâmes le 11 mai, à 8 heures du matin, on nous dit que la veille au soir avait eu lieu sans cause connue une hématurie très abondante et on nous montra dans des vases du sang presque pur avec de volumineux caillots. Les spasmes vésicaux étaient fréquents et la sonde ramena du sang. M. Guyon pratiqua alors le toucher rectal et constata une infiltration cancéreuse étendue de la vessie, de la prostate des parties molles du bassin.

Cette hématurie, la première qui, depuis le début de la maladie ait ressemblé nettement à celles du cancer de la vessie, fut le signal d'une évolution extrêmement rapide, a vrai dire elle ne s'arrêta pas et, de plus, au sang qui s'échappa avec une abondance variable, il ne se mêla à peu près plus d'urine, mais la fistule lombaire se mit à suinter très abondamment, si bien qu'il fallut changer le pansement plusieurs fois par jour. Comme les caillots accumulés dans la vessie causaient des douleurs et compliquaient beaucoup le cathétérisme évacuateur, je mis le 13 mai une sonde à demeure, n° 11. L'hémorragie continua, elle fut particulièrement abondante le 14 mai au soir, et dans la nuit le malade mourut sans grandes souffrances. Pendant les derniers jours il avait suffi de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine par jour pour assoupir la douleur.

CONCLUSIONS

1° L'anurie vraie se présente au cours des néoplasmes pelviens, cette complication atteint son maximum de fréquence dans le cancer de l'utérus puis dans ceux de la vessie, de la prostate, du rectum, de l'aponévrose de Denonvilliers.

2° La compression uretérale s'effectue de deux façons.

a) Par la tumeur.

b) Par les ganglions.

Quel qu'en soit le mécanisme, l'oblitération absolue est exceptionnelle, en tout cas jamais elle n'est bilatérale, l'hydronéphrose n'est pas constante.

3° On observe aussi des lésions des reins mais la compression de l'uretère et l'altération rénale sont insuffisantes pour nous expliquer anatomiquement l'anurie ; nous devons donc invoquer une pathogénie mixte ; à des lésions uretéro-rénales s'ajoute un réflexe inhibiteur.

4° Au point de vue symptomatique, l'anurie survenant au cours des néoplasmes pelviens revêt des allures tranquilles.

Elle peut survenir brusquement :

Elle réalise une forme spéciale que nous appelons la forme anurique d'emblée des néoplasmes pelviens ; elle peut également présenter des rémissions plus ou moins nombreuses, de durée plus ou moins considérable, rarement définitives, elle constitue alors la forme rémittente.

5° L'intervention chirurgicale appliquée pour parer aux accidents de cette complication donne des résultats fort satisfaisants.

6° Le traitement de choix dans ces cas là est incontestablement la néphrostomie.

Vu :
Le Président de la Thèse,
TERRIER.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran. *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, t. VIII, article Anurie.
Albarran et **Imbert.** *Tumeurs des reins*, Paris, 1903, p. 137.
Aran. *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 425-29.
Artaud. *Revue de médecine*, 1883.
Bernard (L). *Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques* Thèse de Paris, 1900.
Bohne, cité par Quénu et Hartmann in *Chirurgie du rectum*, t. II.
Boudin. *Des accidents urémiques dans le cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1876.
Broca (A.). *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 569.
Bruns. Cité dans le *Traité d'anatomie*, de Poirier.
Castaigne et **Rathery.** *Néphrites primitivement latérales et lésions consécutives de l'autre rein.*
Charcot et **Gombant.** *Archives de physiologie*, 1881.
Chaumont. *Des troubles urinaires qui compliquent le cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1874.
Chavannaz. *Annales de Gynécologie*, 1899, t. I, p. 368.
Cornil et **Brault.** *Pathologie du rein.*
Courtois-Suffit. *Manuel de médecine*, de Debove et Achard, t. VI.
Dauce. *Archives générales de médecine*, 1829.
Debove et **Achard.** *Manuel de Médecine*, t. VI.
Dieulafoy. *Manuel de Pathologie interne*, t. III.
Donadieu. Thèse de Bordeaux, 1895.
Farlow. *Boston Surgical and medical Journal*, 1889.
Féré et **Caron.** *Progrès médical*, 1883.
Fournier. *De l'urémie.* Thèse d'agrégation, 1863.
Gauchet. *Union médicale*, 1859.
Gusserov. Cité par Charpentier. *Société anatomique de Paris*, 1874.
Hearshome et **Tyson.** *Proceedings of the Pathological Society of Philadelphia*, 1860-70.
Jaboulay. Cité par Laboisne. *Des lésions uretéro-rénales au cours du cancer utérin.* Thèse de Bordeaux, 1898-99.
Jayle et **Labbé.** *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.* Paris, 1895. p. 197 (Obs. 1 et 2).

Jeanselme. *Traité de médecine*, de Brouardel et Gilbert, t. V.

Laboisne. *Des lésions uretéro-rénales au cours du cancer utérin.* Thèse de Bordeaux, 1898-99.

Lancereaux. *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales.* Article « Rein ».

Le Dentu. Cité in Aumont, Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anurie due au cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1895 (Obs. I).

Le Dentu et **Delbet.** *Traité de chirurgie*, t. VIII.

Legueu. *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1901.

Léopold. Cité par Roger Wiliams in *Semaine gynécologique*, 1896.

Lieutaud (Joseph). *Historia anatomica medica.*

Liouville. *Société anatomique* de Paris, 1873, p. 5-6.

Lucas-Championnière. Cité dans *Traité d'anatomie humaine*, de Poirier.

Marcille. *Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens.* Thèse de Paris, 1902.

Merklen. *Etude sur l'anurie.* Thèse de Paris, 1881.

Nanu (de Bucharest). Anurie au cours d'un néoplasme utérin. — Néphrostomie. *XIII[e] Congrès international de médecine de Paris*, 1900, Section de chirurgie urinaire.

Nessi (Guiseppe). Mémoire de 1768 à l'Université de Pavie.

Pasteau. *Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate.* Thèse de Paris, 1898.

Petit (Jean-Louis), *Traité des maladies chirurgicales*, 1760.

Picqué. *Congrès de chirurgie de Lyon*, 1894, p. 144.

Picqué et **Mauclaire.** *Considérations sur le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale.*

Poirier. *Traité d'anatomie humaine.*

Pousson. Cité par Castaigne et Rathéry in *Néphrites primitivement unilatérales et lésions consécutives de l'autre rein.*

Sappey. *Traité d'anatomie humaine.*

Schœning. *Deutsche Zeitsch f. Chir.*, 1885, cité par Quénu et Hartmann in *Chirurgie du rectum*, t. II.

Strauss et **Germont.** *Archives de physiologie*, 1882.

Thiéry. *Bulletin de la Société anatomique* d'avril 1888, p. 368.

Tournié. *Union médicale*, 1860.

Vannebroucq. *Bulletin médical du Nord*, 1863.

Warchawskaia. *De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus.*

TABLE DES MATIÈRES

Saint-Brieuc. — Typographie F. Guyon (548-3-3).